



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Milada Drahokoupilová

Ošetřovatelská péče o pacientku s postpunkční cefaleou v porodnictví.

Nursing care of the patient with post- dural puncture headache in obstetrics.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heczková

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, DD. MM. RRRR.

MILADA DRAHOKOUPÍLOVÁ

.....
Podpis

Identifikační záznam

DRAHOKOUPÍLOVÁ, Milada. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S POSTPUNKČNÍ CEFALÉOU V PORODNICTVÍ [Nursing care for a patient with post-dural puncture headache in obstetrics]. Praha, 2016. 55 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Heczková Jana.

ABSTRAKT

O tématu mé bakalářské práce rozhodla má profese anesteziologické sestry na Gynekologicko-porodnické klinice, kde přicházím do kontaktu s bolestí rodiček velmi často. Snahou zdravotnického personálu je ulevit rodičkám od bolesti co nejvíce. Mezi metody tlumící bolest patří také aplikace epidurální analgezie k porodu. V ČR, stejně jako jinde ve světě evidujeme již 20 let stálý vzestup v používání této metody. Regionální analgezie má však své komplikace. Jednou z nich je postpunkční cefalea, která je v porodnictví poměrně častá (přibližně 1 % všech neuroaxiálních metod). Tato komplikace může mít fatální následky pro pacientku bez adekvátní léčby, ošetrovatelské péče, odpovídající komunikace a psychické odpory. Bakalářská práce přináší náhled do této problematiky. Práce se skládá ze dvou hlavních částí a zpracována je kazuistickou metodou.

Teoretická část bakalářské práce je věnována přehledu metod regionální analgezie tlumící bolest. Popisují rozdíly mezi epidurální a spinální analgezií a možné komplikace. Nejvíce prostoru je poskytnuto hlavní komplikaci, postpunkční cefalea. Pozornost věnuji specifickým psychologickým problémům v šestinedělí, které souvisí s komplikacemi regionální analgezie.

V ošetrovatelské části mé bakalářské práce jsou uvedeny 2 kazuistiky s podrobným plánem ošetrovatelské péče a s následnou realizací. Práce je zpracována formou případové studie u pacientek na oddělení šestinedělí. Cílem práce je porovnání ošetrovatelské péče o pacientku s postpunkční cefaleou a ošetrovatelskou péčí u pacientky po porodu bez komplikace postpunkční cefaley. V diskuzi uvedu zjištěné rozdíly v ošetrovatelské péči. Přínosem bakalářské práce je zjištění aktuální situace zaměřené na poskytování ošetrovatelské péče na oddělení šestinedělí.

klíčová slova: postpunkční cefalea, blokáda, porodnictví, komplikace, ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

The topic of my thesis has been decided on the basis of my profession as an anesthesiology nurse at the Clinic of Gynecology and Obstetrics, in which I come into contact with pain of mothers very often. The effort of medical staff is to relieve women from the pain as much as possible. Pain relieving methods include the application of epidural analgesia for labor. In the Czech Republic, like in other countries in the world, we have experienced 20 years of a steady rise in the use of this method. However, regional analgesia has its complications. One of them is the post-dural-puncture headache, which is relatively frequent in obstetrics (about 1% of all neuroaxial methods). This complication can have serious consequences for patients without adequate treatment, nursing care, adequate communication and psychological support. My bachelor theses provides insight into this issue. The work consists of two main parts and is processed as a case report.

The theoretical part is a review of methods of regional analgesia pain relieving. I describe the difference between epidural and spinal analgesia and possible complications. Most of the space is given to the main complication - post-dural-puncture headache. I will focus on specific psychological problems in the puerperium that is associated with complications of regional anesthesia.

In the nursing part of my thesis, there are two case reports with a detailed plan of nursing care and the subsequent realization. Work is processed as a case study of patients in confinement department. The aim is to compare nursing care of a patient with post-dural-puncture cefalea and nursing care of a patient after childbirth without post-dural-puncture cefalea complications. The discussion will focus on the detected differences in nursing care. The benefit of the thesis is to determine the current situation concerning providing nursing care in the confinement department.

keywords: : post-dural-puncture headache, blockade, obstretrics, complications, nursing care

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Janě Heczkové za její čas, vstřícnost a odborné vedení po celou dobu zpracování této práce. Děkuji také zaměstnancům Gynekologicko- porodnické kliniky za jejich sdílnost a ochotu mi pomoci. Poděkování patří též mé rodině a přátelům, kteří mi byli po dobu mého studia oporou.

Obsah

1	Úvod	13
2	Současný stav poznání	14
	2.1 Porodní analgezie.....	14
	2.2 Současné možnosti tlumení porodních bolestí.....	15
	2.3 Epidurální a spinální neuroaxiální metoda tlumení bolesti	17
	2.4 Metoda PCA	18
	2.5 Komplikace metod tlumící bolest	18
	2.6 Indikace a kontraindikace neuroaxiálních metod.	19
	2.7 Postpunkční cefalea.	20
	2.8 Specifika psychologické péče v souvislosti s postpunkční cefaleou.....	23
3	Použité metody	24
4	Případové studie.....	26
	4.1 Případová studie číslo 1.	26
	4.1.1 Základní informace o pacientovi	26
	4.1.2 Ošetřovatelská anamnéza.....	26
	4.1.3 Zhodnocení současného stavu	27
	4.1.4 Plán péče	35
	4.2 Případová studie č. 2	42
	4.2.1 Základní informace o pacientce	42
	4.2.2 Ošetřovatelská anamnéza.....	42
	4.2.3 Zhodnocení současného stavu	42
	4.2.4 Plán péče	44
5	Diskuze.....	52
6	Závěr a doporučení pro klinickou praxi.....	55
7	Seznam použité literatury	56
8	Přílohy	59

1 Úvod

Bolest se popisuje jako nepříjemný emocionální a senzorický prožitek na základě skutečného, nebo potencionálního poškození tkáně, je vždy subjektivní (Nosková, 2011). Od nepaměti je bolest chápána jako neoddělitelná součást porodu, tudíž i potřeba tlumení bolesti. Zdá se, že ženy všech dob a kultur prožívaly porod bolestivě. Porodní bolest je jediná bolestivá reakce člověka, která nevzniká z důvodu nemoci, ale má fyziologickou příčinu. Jedná se o účelnou reakci, která připravuje rodičku na porod. Přesto většina rodiček očekává, že jejich porodní bolesti budou tlumeny. Tolerance žen k bolesti je různá, závisí na velikosti plodu, stavu porodních cest, zda se jedná o předčasný, nebo indukovaný porod, kde je porod bolestivější. Prožívání bolesti je ovlivněno společensko- kulturními, psychologickými i fyzikálními faktory. Důsledkem čeho existují individuální rozdíly ve způsobu a intenzitě prožívání porodních bolestí (Pařízek, 2012).

Neuroaxiální metody tišení porodních bolestí dnes celosvětově převažují. V průběhu své praxe sledují postupný nárůst věku prvorodiček, i rodiček obecně. Díky možnostem asistované reprodukce je více vícečetných těhotenství, ale častěji se setkáváme s množstvím přidružených onemocnění. Dnes není výjimkou rodička s těžkým systémovým onemocněním, nebo po transplantaci orgánů (Bláha, 2014).

Předvídat intenzitu bolesti u jednotlivých žen je skoro nemožné, hlavně u prvorodiček. První rodičce stačí chůze, nebo vana plná horké vody, či jiné relaxační techniky. Druhá potřebuje pomoc porodní asistentky, gynekologa a anesteziologa. Na zdravotním personálu je, aby mohl a uměl požadavku ženy ve správnou dobu a správným způsobem vyhovět. K tomu je zapotřebí dokonalá spolupráce rodičky a sebranost celého zdravotního týmu (Pařízek, 2013).

Pro porody vedené v epidurální analgezii se používá termín „bezbolestný porod“ zásluhou vysokému analgetickému účinku, který tato metoda poskytuje. Přesto má neuroxiální metoda několik komplikací (Pařízek, 2012). Jednou z nich je postpunkční cefalea, která je předmětem mé bakalářské práce.

2 Současný stav poznání

2.1 Porodní analgezie

Epidurální analgezie je farmakologické odstranění bolesti v průběhu spontánního porodu. Lokální anestetikum je látka schopna přechodu do nervového vlákna, kde přechodně zastaví přenos vzruchu. Místem účinku lokálních anestetik je membrána nervové buňky a vazebná místa jsou uvnitř sodíkových kanálů. K lokálnímu anestetiku se přidává opiát (morfin, sufentanil), proniká k mozkomíšnímu moku, kde vytváří specifickou vazbu s opiátovými receptory v příslušné oblasti (Franko, 2013). V důsledku této reakce pomáhají opiáty snižovat koncentraci lokálního anestetika, urychlují nástup analgezie a prodlužují dobu účinku porodní analgezie (Machart, Štěpán, 2015). V průběhu I. doby porodní (otevírací fáze) jsou ovlivněny pouze míšní segmenty Th10-L1. Tím se vyloučí bolestivé čítí z kontrakcí hladké svaloviny dělohy a z dilatace děložního hrdla, branky. Ostatní lumbální a sakrální segmenty dosud blokovány nejsou, čímž tonus svalů pánevního dna zůstává zachován. V důsledku toho fyziologická rotace hlavičky plodu není narušena při této analgetické metodě.

Během II. doby porodní (vypuzovací fáze) jsou navíc blokovány segmenty L2- S5. Senzitivní blokáda zasahuje od Th10 až po S5, čímž se zcela vyřadí bolest. Rodička vnímá jenom neurčitý pocit tlaku i při kvalitní analgezii. V tomto stadiu epidurální analgezie lze kromě vaginálních porodnických výkonů provádět i bezbolestné ošetření episiotomie (Pařízek, 2012).

Epidurální analgezie patří k nejvíce používaným metodám i na našem pracovišti. Vhodný způsob analgezie podle Pařízka přispívá k úpravě nesprávného dýchání rodičky, čímž napomáháme i stabilizaci acidobazických poměrů matky i plodu. Žádná z metod porodnické analgezie by neměla ovlivnit duševní stav a narušit psychický prožitek matky z narození jejího dítěte (Pařízek, 2012). Porodnická analgezie a anestezie vychází z toho, že kromě tlumení bolesti je důležitá ochrana rodičky od působení nadměrného porodního stresu. Ženy se často bojí, že porod nezvládnou, protože je bolestivý. Proto by každá rodička měla být informována předem o možnostech tlumení porodní bolesti (Rusová, 2010).

Predikce intenzity porodních bolestí, stejně jako průběhu porodu, je velmi obtížná a obzvláště u prvorodiček téměř nemožná. Některé ženy porodní bolest tolerují dobře, jiné vyžadují její účinné tlumení. Někdy pomohou zcela jednoduché postupy, jako jsou

přítomnost partnera, relaxační prostředky, masáže, chůze, jindy je třeba pomoc porodní asistentky či lékaře - porodníka, nebo dokonce anesteziologa. Výběr postupu nebo metody by měly záviset vždy na aktuální situaci a na volbě/individuálním rozhodnutí rodičky. V této souvislosti byl v roce 2013 založen v České republice Program INKA. Název vznikl z akronymu I (informovaná těhotná), N (nabídka služeb/ servis), K (kvalita poskytovaných služeb) a A (analýza systému poskytované péče). Smyslem tohoto programu je rozšířit informovanost pro nejširší populaci těhotných o současných možnostech v tlumení porodních bolestí. Informace musí objektivně a srozumitelně popisovat výhody a nevýhody každé analgetické metody a nesmí žádnou z metod upřednostňovat ani potlačovat. V této souvislosti byl na konci roku 2013 vydán tiskem materiál, který pod názvem „Porod nemusí až tak bolet“ umožňuje informovat laickou veřejnost o všech dostupných metodách analgezie u porodu v naší zemi. Materiál byl oficiálně schválen i výbory ČGPS a ČSARIM ČLS JEP (Pařízek, 2014). Podrobným vysvětlením míry úlevy a efektu analgezie rodičce vzniká důvěra v zdravotnické zařízení. Těhotným je potřeba vysvětlit, že změna jinak dobrého úmyslu porodit bez porodní analgezie není osobní prohrou a o připravenosti analgeticky pomoci v případě změny jejich názoru nebo z důvodu zdravotní indikace (Pařízek, 2012).

2.2 Současné možnosti tlumení porodních bolestí

V důsledku přibývajících znalostí o fyziologii porodu a plodu došlo k tomu, že systémová analgetika a anestetika se při fyziologickém, spontánním vaginálním porodu používají stále méně. Jejich místo vedle psychologických metod zaujímají především techniky neuroaxiálních centrálních nervových blokády, ke kterým patří:

- Lumbální epidurální analgezie,
- Kaudální analgezie,
- Subarachnoidální analgezie,
- Pudendální analgezie,
- Paracervikální analgezie.

Mezi další způsoby tlumení porodní bolesti patří:

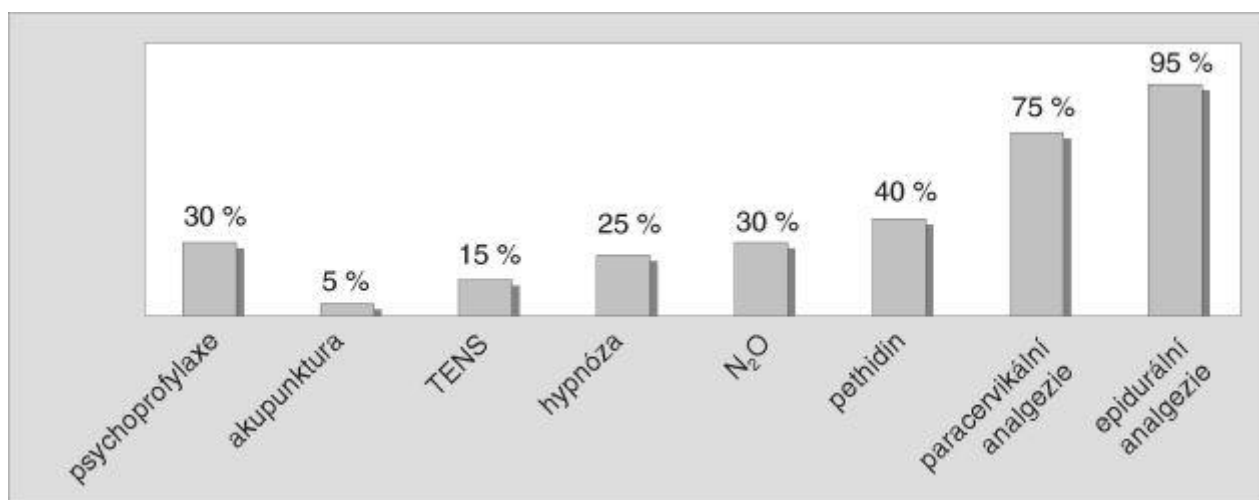
- Systémová analgezie v podání perorálním, intramuskulárním, intravenózním (z analgetik je to Buscopan, z opiátových analgetik se podává Pethidin, z opiátů můžeme

podat Dolsin). V současné době se inhalační analgezie ENTONOX. Je to medicínální plyn složený z oxidu dusného a kyslíku v poměru 1: 1.

Tento způsob anestezie, jak tvrdí Matloch, je nejen účinný ve smyslu úlevy od bolesti a odbourání emocionální složky strachu, ale lze také dosáhnout lepší saturace krve kyslíkem, pokud zvýšíme koncentraci kyslíku ve vdechované směsi, a tím výrazně ovlivnit ABR (Acidobazická rovnováha vnitřního prostředí). Mluví též o ekonomické nenáročnosti a bezpečnosti použití jak pro rodičku, tak pro plod. Tato metoda dokáže velmi dobře zkoordinovat děložní činnost, a příznivě ovlivňuje další průběh porodu. Proto je vhodná u protrahovaných (prodloužených) porodů (Matloch, 2013).

- Fyzikální analgezii zastupuje Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS). Ke zmírnění porodních bolestí se v Hydroanalgezii užívá relaxační sprcha, teplé i studné obklady a vodní koupel ve vaně. Z fyzikálních metod je možnost využít Audiolanalgezii, metoda přenosu šumu, který připomíná zvuk vody.
- Akupunktura a Akupresura patří mezi alternativní možnosti ovlivnění porodních bolestí. Existuje možnost využití hypnózy a doporučuje se účast na předporodních kurzech v rámci psychologické přípravy rodičky na porod (Pařízek, 2012). Pro přehled účinku uvádím tabulku č. 1.

Tabulka č. 1 Analgetická účinnost jednotlivých metod porodnické analgezie (Pařízek, 2009).



Porodník většinou provádí pudendální a paracervikální blokádu. Do kompetence anesteziologa na porodním sále patří epidurální a subarachnoidální analgezie a anestezie.

2.3 Epidurální a spinální neuroaxiální metoda tlumení bolesti

Epidurální analgezie je přechodné přerušení vedení nervových vzruchů podáním analgetika, anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu. Prostor mezi vnitřní plochou páteřního kanálu a dura mater je epidurální prostor. Na dura mater těsně naléhá arachnoidea, tento prostor je velmi úzký a nazývá se subdurální prostor. Mezi arachnoideou a pia mater je subarachnoideální prostor, který obsahuje kořeny míšních rohů a mozkomíšní mok. Dorzálně je epidurální prostor ohraničen žlutým vazem (ligamentum flavum), který má tloušťku několik milimetrů a je nejdůležitějším orientačním bodem pro punkci epidurálního prostoru (Ševčík a kol., 2014).

Pro samotnou punkci se používá tzv. Tuohyho jehla o průměru 18 G. Punkci epidurálního prostoru lze provést vleže na levém boku, nebo vsedě zejména u obézních žen (Pařízek, 2012). Nejčastějším místem vpichu je meziobratlový prostor L3-4, nebo L2-3. Epidurální katétr se do epidurálního prostoru zavádí v hloubce 3 až 4 cm. Správnost zavedení epidurálního katétru lze otestovat aplikací dvou ml 2% Lidocainu. Pokud pacientka nehlásí okamžitou změnu cití v dolních končetinách (parestzie, až necitlivost a nehybnost dolních končetin) je katétr zaveden správně v epidurálním prostoru a není dislokován v subarachnoidálním prostoru. Hlavním místem účinku lokálního analgetika/ anestetika jsou kořeny míšních nervů, kdy anestetikum proniká skrze tvrdou plenu. Nejvyšší koncentrace dosáhne analgetikum/ anestetikum asi po 10 až 20 minutách. V ČR je nejčastěji používaným anestetikem 0, 5% marcain v kombinaci s opiátem 10 ug sufentanilem (Bláha, 2014). Účinek epidurální analgetické dávky trvá většinou 60 až 120 minut, nejdříve lze další analgetickou dávku přidat po 20 minutách. V případě podání více dávek, 3. a každá další, se aplikuje bez opioidu (Jindrová, 2016).

Subarachnoidální analgezie je podání lokálního anestetika/ analgetika do mozkomíšního moku. Metoda vyvolá vysoce kvalitní analgezii s okamžitým účinkem. Technika subarachnoidální analgezie je relativně jednodušší než epidurální analgezie. Rozdílné jsou punkční jehly; jsou tenčí a při jejich zavádění se používá vodič. Liší se od sebe tvarem a průměrem hrotu. Používá se jehla typu Quincke, Whitacre, Atraucan, Sprotte (Pařízek, 2012). Pro podání subarachnoidální anestezie se dává 2 až 3 ml anestetika. Spinální analgezie/ anestezie je podávána jako jednorázová aplikace tzv. single- shot. V současnosti se používají u nás dostupná lokální anestetika pro intratekální podání 0, 5% bupivacain, 0,5% levobupivacain. Pro prodloužení analgetického účinku je vhodné podat opiát, např. purifikovaný morfin.

Kombinovaná subarachoidálně- epidurální technika se zavedením subarachnoidálního katétru je používána zcela výjimečně (Bláha, 2014).

2.4 Metoda PCA

V souvislosti s epidurální analgezií lze zmínit Pacient Controlled Analgesia (PCA). Při tomto způsobu podávání léků si žena sama prostřednictvím mechanismu infusní pumpy spouští podávání léků epidurálním katétrem podle své momentální potřeby. Analgetická dávka je nastavena automaticky a pacientka si řídí aplikaci v přednastaveném rozmezí dávkování. PCA vylepšila analgesii matky a omezila počet neobjednaných klinických intervencí. Tato metoda poskytla taktéž vynikající analgezii bez významného omezení motoriky, podle Halperna se zdá být dobrou strategií v tlumení porodních bolestí (Halpern, 2009).

Z jiných pramenů se dozvídáme také o nežádoucích účincích této metody tlumící bolest. Allman upozorňuje na vedlejší účinky individuálního dávkování léků rodičkou: nauzea až zvracení, bolesti hlavy, dechové potíže. Tyto příznaky svědčí o možnosti předávkování se lékem, který si žena dává sama (Allman, 2009).

Na našem pracovišti se od používání PCA metody z finančních důvodů upustilo.

2.5 Komplikace metod tlumící bolest

Regionální metody tlumící bolest přinášejí sebou i riziko vzniku nežádoucích a vedlejších účinků. Možné komplikace však nejsou důvodem k jejímu nepodání. Těmto komplikacím je nutno předejít teoretickými a praktickými znalostmi, pečlivým dodržováním bezpečnosti postupu, použitím odpovídajících pomůcek. Předpokladem podání bezpečné analgezie je i znalost řešení vzniklých komplikací (Machart, Štěpán, 2015).

Mezi komplikace patří *toxicita lokálních anestetik* a to hlavně:

- Systémová, která se projevuje chuťovými změnami v ústech a na jazyku. Dalšími symptomy jsou světloplachost, tinitus, poruchy vidění, svalové fascikulace, změna chování, bezvědomí, generalizované křeče, kóma, apnoe.
- Kardiovaskulární toxicita se projeví hypotenzí, bradykardií až srdeční zástavou, dále může dojít ke vzniku fibrilace komor.

Poměrně častou komplikací regionálních metod tlumících bolest je *alergická reakce*. Klinické projevy závisí na množství uvolněného histaminu, od zarudnutí kůže, přes nepatrnou bronchokonstrikci, až po anafylaktický šok.

K *útlumu dechové činnosti* může dojít po podání velkého množství lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru namísto do prostoru epidurálního.

Obě neuroaxiální blokády zvyšují incidenci *retence moče*.

Výjimečně může nastat *neurologické poškození*. Příznaky jsou:

- Spinální neuropatie, která se projeví bolestí, nebo parestézií v místě vpichu, v místě zavedeného katétru, při aplikaci lokálního anestetika.
- Syndrom arteria spinalis anterior je paraplegie způsobená uzávěrem tepny, která zásobuje třetinu míchy.
- Arachnoiditida, která je způsobená poraněním punkční jehlou. Projeví se bolestí v průběhu aplikace lokálního anestetika, dále výskytem neurologických příznaků s paraplegií.
- Kožní pseudotumor, tj. výskyt hematomu, abscesu, dermatomu. Projevy jsou bolest s paraplegií (Pařízek, 2012).
- Postpunkční cefalea je komplikací, které se více věnuji později.

2.6 Indikace a kontraindikace neuroaxiálních metod.

Porodnická epidurální analgezie se indikuje v případě přítomnosti porodních bolestí anebo na přání rodičky, jedná se o *základní indikaci*.

Indikací *ze strany matky* jsou onemocnění kardiovaskulární, plicní, oční a metabolické onemocnění (diabetes mellitus), také zde patří neuropatie, epilepsie, hepatopatie, nebo preeklampsie. Porodní analgezie se indikuje u matky kuřačky, alkoholičky a drogově závislé. Metoda tlumící bolest se indikuje u matky úzkostné a vyčerpané.

Porodnická analgezie se indikuje i *ze strany plodu* v případě intrauterinní retardace plodu, předčasného porodu, u výskytu chronické insuficience placenty, u polohy plodu koncem pánevním, nebo se jedná o vícečetné těhotenství.

K *jiným indikacím* patří dystokie, indukovaný porod, protrahovaný porod, stav po císařském řezu, dále stav po operaci děložního hrdla. Pokud pacientka prodělala jiný rizikový porod, nebo očekáváme císařský řez. K dalším indikacím patří ukončení těhotenství ve druhém nebo třetím trimestru a porod mrtvého plodu.

Časné zavedení porodnické analgezie v *případě vyššího rizika* operačního ukončení vaginálního porodu umožňuje rychlý přechod k epidurální anestezii. Tím je také snížena možnost vzniku komplikací, které ohrožují život matky v případě celkové anestezie (Smilek, 2011).

Kontraindikace epidurální analgezie dělíme na absolutní a relativní.

Absolutní kontraindikace jsou takové, kdy by její podání mohlo pacienta závažným způsobem poškodit. *Relativní* indikace znamená vyšší poměr výhod nad nevýhodami v podání epidurální analgezie.

Jednou z absolutních kontraindikací je nesouhlas pacientky s výkonem. Infekce v místě vpichu představuje riziko vzniku septické meningitidy. Absolutní kontraindikací je koagulopatie matky. Mezi kontraindikace řadíme nedostatek zkušeností anesteziologa a nedostatečné technické vybavení pro monitoring fyziologických funkcí matky i plodu.

Mezi relativní kontraindikace patří těžké deformity páteře, výhřezy plotének matky. Opatrnost v indikaci epidurální analgezie zasluhuje silná bolest hlavy a zad v anamnéze matky. Obtížná spolupráce s rodičkou je také důvod k neprovedení výkonu (Bláha, 2013).

2.7 Postpunkční cefalea.

Postpunkční cefalea (PDPH, postdural puncture headache) je jedním z hlavních témat mé práce, proto se budu této problematice věnovat podrobněji.

Postpunkční bolest hlavy je iatrogenní komplikace, se kterou se v porodnictví setkáváme relativně často. Uvádí se, že až 79 % nechtěných punkcí tvrdé pleny je právě z oblasti porodnické anestezie a analgezie. Důvodem je stoupající počet neuroaxiálních bloků a fyziologicko- patofyziologické rozdíly těhotných žen oproti běžné populaci.

Podle IHS (Internacional Headache Society) je PDPH bolest hlavy, která vznikne do 7 dnů po punkci.

Klinické projevy se naplno rozvinou během 24 až 48 hodin od perforace dura mater. Bolest se zhoršuje po 15 minutách ve vertikální poloze. Po opětovném uložení do horizontální polohy dochází do 30 minut k ústupu bolesti. K dalším příznakům patří diplopie (poruchy zraku), hypacusis (částečná nedoslýchavost), nauzea, zvracení, tinitus (hučení v uších), spasmus šíjového svalstva a pseudomeningismus na podkladě iritace krčních nervových kořenů (C1- C3). Bolest hlavy je silná, tupá, nebo pulsující, která nejčastěji vychází

z oblasti zátylku a propaguje do frontální krajiny, za oči a má typický migrenózní charakter.

Patofyziologie postpunkční bolesti hlavy vzniká únikem mozkomíšního moku punkčním otvorem, přestože jeho denní produkce je až 500 ml (Nosková, 2014). Následně dochází k tlakovým změnám subarachnoidálního prostoru. Bolesti hlavy jsou způsobeny tahem za hlavové nervy (V, X, XI), (Mach, 2015).

Diferenciální diagnostika je v určování PDPH velmi důležitá. Asi 39 % žen si po porodu stěžuje na bolesti hlavy. Důvodem bývá nedostatek spánku, únava, poporodní psychické a hormonální změny, emoční labilita, změna stavu, nebo blokáda krční páteře z nevyhovujícího lůžka. V šestinedělí se bolest hlavy vyskytuje s možnou poporodní preeklampií a hypertenzí. Žádnou stížnost na bolest hlavy nelze podceňovat, může svědčit o hematomu, tumoru CNS, pneumocefalu a cerebrální venózní trombóze.

Hlavním diagnostickým ukazatelem dokazujícím PDPH je zhoršení příznaků vertikalizací. V případě nejistoty v diagnostice je potřeba doplnit neurologické vyšetření, vhodná je zobrazovací metoda- magnetická rezonance, při její nedostupnosti- CT. Z laboratorních vyšetření je to krevní obraz, krevní srážlivost a zánětové markery.

V souvislosti neuroaxiálních metod a výskytem PDPH se doporučuje v aplikaci subarachnoidální blokády jednoznačně použití tenčích jehel G 25, které vyžadují technickou zkušenost a zručnost anesteziologa, taktéž minimalizace pokusů (Nosková, 2014).

Při aplikaci epidurální analgezie dochází nejčastěji k perforaci dura mater z důvodu nespolupráce a pohybu rodičky. Dalším důvodem je obtížná identifikace epidurálního prostoru v graviditě (přírůstek hmotnosti, obtížné polohování, prosáknutí tkání, otoky). Zásadou při aplikaci epidurální analgezie je použití bezodporné stříkačky naplněné fyziologickým roztokem. Použití vzduchu se nedoporučuje z důvodu rizika vzniku pneumocefalu. V tomto případě vznikne postpunkční cefalea bez perforace dura mater. Tato bolest hlavy spontánně vymizí (Morgan, Mikhail's, 2013).

Pro následnou léčbu jsou důležité pravidelné kontroly pacientky a pečlivá zaznamenávání zdravotního stavu matky. Záznamy se provádí do protokolu dle potřeb daného pracoviště. Je důležité rodičku o komplikaci informovat a ujistit, že je neustále pod kontrolou lékařů a sester. Základem terapie PDPH je konzervativní léčba a po 24 hodinách neúspěšného konzervativního postupu se aplikuje krevní zátka.

V konzervativní terapii je zásadní klidový režim, dostatečná hydratace a farmakologie. Při výběru analgetik je potřeba brát na vědomí i nastupující laktaci u rodiček. Paracetamol a

nesteroidní antiflogistika (ibuprofen) nepronikají do mateřského mléka a jejich krátkodobé podání je v běžných dávkách bezpečné. Díky vazodilataci mozkových cév má cefalea migrenózní charakter, proto se v léčbě používají methylxantiny (kofein, theophyllin). Analgetika podáváme v pravidelných intervalech, kofein se na noc nepodává s ohledem na spánek novorozence. K léčbě PDPH patří též antimigrenotika, triptany. Mají však i své nevýhody, kterými jsou cena a nutnost přerušení kojení z důvodu přestupu do mateřského mléka až na 24 hodin.

Krevní zátka, blood patch, (BP) je na podkladě analýz jednoznačně účinnější oproti konzervativní terapii (Nosková, 2014). Při jednoznačných projevech PDPH nemá cenu aplikaci krevní zátky odkládat. Záleží také na subjektivním vnímání bolesti pacientkou samotnou. Krevní zátku by měl aplikovat zkušený a jiný anesteziolog než ten, který provedl epidurální analgezii primárně (Jindrová, 2016). Je to velmi invazivní postup, proto je nutno aplikaci BP vždy zvážit individuálně. Kontraindikací jsou septikémie, poruchy koagulace a odmítnutí pacientkou.

Provedení krevní zátky spočívá v aplikaci cca 20 ml autologní krve do epidurálního prostoru v oblasti perforace tvrdé pleny. Anesteziolog detekuje epidurální prostor v místě předchozí punkce a asistující sestra ihned sterilně odebere venózní krev pacientky. Podle pravidel dodržování přísné sterility podá sestra sterilní stříkačku s krví anesteziologovi, který bez prodlevy aplikuje krev do epidurálního prostoru. U pacientek, které odmítají krevní deriváty lze aplikovat dextran. Úleva je okamžitá, pokud ne, je nutno provést opakovanou BP s odstupem 24 hodin. Po výkonu je doporučena horizontální poloha na lůžku. Nezbytné je sepsání informovaného souhlasu matky s výkonem (Nosková, 2014). Některé studie uvádějí účinnost použití komprese břicha obvazem po dobu 24 hodin. Při tomto manévru dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku, který se přenáší i do epidurálního prostoru, čím se zmírní bolest hlavy. Pro pacientku je však tento mechanický manévr nepohodlný a nepříjemný. Znamená komplikaci v péči o dítě, představuje též značné riziko vzniku tromboembolie ze sníženého návratu žilní krve. V praxi se tento manévr téměř nepoužívá (Lubušký, 2006).

2.8 Specifika psychologické péče v souvislosti s postpunkční cefaleou.

Těhotenství je charakterizováno celým komplexem změn, ke kterým dochází ve všech třech úrovních osobnosti: biologické, sociální a psychické.

V prvních dnech po porodu psychiku matky silně ovlivňuje náhlá změna hladiny hormonů (pokles hladiny progesteronu a estrogeneru, sekrece prolaktinu, oxytocinu). Matka kvůli vyčerpání nemůže usnout, v představách se jí znovu odehrává celý porod. Během kojení narůstá citový vztah k novorozenci, vyrovnává se s přijetím dítěte. Matka je v neustálé pohotovosti a s nedostatkem spánku se stupňuje i únava a vyčerpanost (Čepický, 2008).

Po porodu je matka nucena vstávat velmi brzy z důvodu péče o novorozence, důležitá je také správná poloha hlavy při kojení. Pokud matka trpí úpornou bolestí hlavy, plně mobilizace není schopna a tím se snižuje možnost plně se věnovat dítěti. Vzniká psychická nevyrovnanost, která je podmíněna také hormonálními změnami v šestinedělí a to zpětně zvyšuje bolesti hlavy, rozvíjí se bludný kruh (Mach, 2015).

Bolest, stresující porod, neplánovaný císařský řez a psychosociální stres související s porodem patří mezi faktory opožděné ektogeneze, tj. začátku tvorby mateřského mléka. Z tohoto důvodu je velmi důležité matky povzbuzovat, aby pokračovaly v kojení bez ohledu na to, s jakými překážkami se potýkají (Beck, Watson, 2008).

Kdy se matka může chovat nepřiměřeně nebo „hystericky?“ Obvykle tehdy, když se cítí ohrožena. Aktuální pocit ohrožení velice často souvisí s mírou informací; při nedostatku informací matka prožívá strach a úzkost. V pozadí takto podmíněné úzkosti je pocit, že nebude schopna zvládnout situaci, do které se dostala. Proto je psychická podpora, vysvětlující pohovor a zvýšená péče o matku naprosto nezbytná (Mellanová, 2014).

Pro správnou komunikaci je nepostradatelná empatie. Pokorná empatie je definována větou: „já bych mohla být Tebou“. Jedním ze základních cílů v ošetrovatelské péči o matku je vytvoření atmosféry důvěry a bezpečí mezi sestrou a matkou (Pokorná, 2010). Tím jsou také vytvořené příznivé podmínky pro úspěšnou léčbu matky.

Pacientka si je vědoma, že PDPH je iatrogenní komplikace, může být proto rozčilená, naštvaná, nebo v depresi. S bolestí hlavy je velice obtížná péče o novorozence, komunikace s ošetřujícím personálem i ostatními členy rodiny. Jak již bylo zmíněno, je proto důležité důkladné vysvětlení příčiny bolesti hlavy, možnosti léčby a předpokládaný časový průběh zvoleného druhu terapie (Kuczkowski, 2006).

Nevyhnutné u pacientek s postpunkční bolestí hlavy je vytvoření optimálních podmínek tj. přiměřené zatemnění a dodržování tichého režimu v okolí (Nosková, 2014).

3 Použité metody

3.1 Ošetrovatelský proces.

Základním znakem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb pacienta prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Rozumí se tím souhrn plánovaných činností a prověřených postupů v ošetrovatelské péči o pacienta. Ošetrovatelský proces pomáhá identifikovat a řešit jednotlivé problémy a potřeby pacienta (Trachtová, 2013).

Skládá se z několika částí. První fází je *zhodnocení*, kdy sestra provádí sběr informací o stavu pacienta, vyhledává patologické procesy, které mají negativní dopad na zdraví pacienta (Tóthová, 2014).

Poté sestra provádí *diagnostiku*, ve které analyzuje získaná data a stanoví potencionální i existující problémy. V současnosti se ke stanovení diagnóz používá taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA II (Plevová, 2011).

Na základě diagnostiky sestra *plánuje* další činnost. Ve spolupráci s pacientem určí priority ošetrovatelské péče. Dále sestra stanoví cíle a činnosti potřebné k dosažení stanovených cílů. Stanovený plán péče zaznamenává a zároveň individualizuje pro každého pacienta zvlášť.

Zároveň dochází k *realizaci* ošetrovatelského plánu. Nepřetržitě a pečlivě pozoruje stav pacienta a mění pracovní postup podle potřeby. Potřebné informace zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Poslední fází je *vyhodnocení* ošetrovatelského procesu. Sestra posoudí, zda došlo ke splnění vytyčených cílů, tj. zda je patrné zlepšení zdravotního stavu pacienta, jestli je pacient schopen vykonávat předem naplánované činnosti. Pokud jsou reakce pacienta dle stanovených norem, dojde k ukončení ošetrovatelského procesu. V případě nesplnění, nebo jenom částečného splnění cílů, dochází k revizi ošetrovatelského plánu (Tóthová, 2014).

K posouzení jednotlivých potřeb pacientky jsem použila model M. Gordon. Zdravotní stav pacientky je zde vyjádřen bio- psycho- sociálním začleněním člověka (Trachtová, 2013).

U pacientky po operačním zákroku je naplňování potřeb hlavně zajištění klidu a nepřítomnosti bolesti. Pacientka se nachází v nové sociální roli matky a silná bolest hlavy péči o dítě do značné míry omezuje. Z důvodu popisu ošetrovatelské péče o pacientku po císařském řezu se nabízí tento ošetrovatelský model jako nejvhodnější.

3.2 Metoda případové studie.

Kazuistika je ucelená a podrobná studie jednoho, nebo více případů. Popis počátku, vývoje a léčby onemocnění s využitím modelu ošetrovatelské péče podává komplexní obraz případu (Kutnohorská, 2009).

Kazuistiku jako formu pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala podle charakteru samotného případu. Postupný rozvoj klinických příznaků postpunkční cefaley po porodu, průběh ošetrovatelské péče o pacientku s bolestí hlavy byl pro mne poučující a zajímavý. Podobně i ošetrovatelská péče o pacientku bez této komplikace. Vypracovala jsem pro pacientky informovaný souhlas s nahlédnutím do jejich lékařské a ošetrovatelské dokumentace s garancí zachování anonymity. Byla podána žádost vrchní sestře, přednostovi Gynekologicko- porodnické kliniky a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči fakultní nemocnice o povolení přístupu ke zdravotnické dokumentaci pacientky. Poté byla podána žádost k Etické komisi o povolení k šetření. Po udělení souhlasu Etické komise (č.j.: 559/ 16 S- IV) jsem docházela na oddělení šestinedělí a získávala informace z rozhovorů a pozorováním pacientek. Další informace jsem čerpala z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, od ošetřujícího personálu, který mi vycházel maximálně vstříc.

Pro zpracování případové studie jsem si vybrala dvě pacientky gynekologicko- porodnické kliniky, oddělení šestinedělí ve fakultní nemocnici. První pacientka byla vybrána z důvodu komplikace postpunkční bolesti hlavy, druhá pacientka po spontánním porodu byla vybrána na základě podání epidurální porodní analgezie. Ošetrovatelská kazuistika byla sepsána s pacientkami nultý den po porodu. Pro holistický přístup k pacientkám jsem použila ke stanovování diagnóz taxonomii NANDA domény II.

4 Případové studie

4.1 Případová studie číslo 1.

4.1.1 Základní informace o pacientovi

Pacientka „A. B.“ byla přijata ve fakultní nemocnici k plánované indukci porodu záhlavím ve 40. týdnu gravidity pro suspektní růstovou restrikcí plodu (IUGR Intrauterine Growth Restriction). Do určité míry je to fyziologická adaptace na nepříznivé stimuly v těhotenství. Důsledkem může být vyšší riziko intrauterinní smrt plodu, nebo operativní ukončení porodu (Mrhalová, Feyereis, 2012). Pacientka je riziková z důvodu nosičství mutace genu F5 pro faktor V., což vede ke zvýšené krevní srážlivosti u postižené. Leidenská mutace způsobuje samovolné potraty, předčasné porody, záněty žil (Trávník, 2013).

Téhož dne byla pacientce podána epidurální analgezie k tlumení porodních bolestí. Po několika hodinách po porodu se u pacientky projevila postpunkční bolest hlavy. V mé bakalářské práci popisuji ošetrovatelskou péči o pacientku od dne porodu do pátého dne po porodu na oddělení šestinedělí, kdy byla pacientka propuštěna.

4.1.2 Ošetrovatelská anamnéza

V *rodinné anamnéze* se u otce a sestry těhotné vyskytuje porucha krevní koagulace (Leidenská mutace), forma heterozygotní, faktor V, II. V *osobní anamnéze* pacientky je zaznamenána stejná porucha koagulace. Pacientka je dispenzarizována v trombocentru v Nemocnici Na Homolce. Krevní náhrady v souvislosti s onemocněním dosud nedostala. Pacientka v dětství utrpěla úraz krční páteře při autonehodě, bez následků. Kouření, požívání alkoholu a drog pacientka neguje. *Pracovní a sociální anamnéza* je bez rizika, má vysokoškolské vzdělání, pracuje pro obchodní společnost a nyní je na mateřské dovolené. Pacientka je vdaná a žije s manželem. Ve *farmakologické anamnéze* je zaznamenána chronická medikace Fraxiparine 0,4 ml s. c., antikoagulans. Aplikováno den před porodem, v 11.00 hod naposledy. Alergii pacientka neudává.

Gynekologická anamnéza obsahuje záznam o menarche od 13 let, cyklus byl pravidelný. Hormonální antikoncepci pacientka užívala 10 let, před rokem léky vysadila.

Nynější těhotenství pacientky je první po spontánní koncepci, datum těhotenství dle ultrazvuku souhlasí. Ve 38. týdnu byla pacientka hospitalizována pro suspektní centralizaci plodu dle UZG, následující den byly průtoky v normě, bez známek centralizace plodu.

4.1.3 Zhodnocení současného stavu

4.1.3.1 Přijetí pacientky

Třicetipětiletá pacientka „A. B.“ byla přijata v 08.30 hod. k plánované indukci porodu ve 40. týdnu + 0 dní. Při příjmu pacientka cítí občasné tuhnutí břicha, plodová voda je zachovalá a pohyby plodu cítí.

Aktuálně pacientka „A. B.“ váží 72 kg, její hmotnost před otěhotněním byla 58 kg při výšce 173 cm. Pacientka měla hodnoty krevního tlaku při přijetí v normě: 125/ 85, pulzů měla naměřeno 77, tělesnou teplotu v normě: 36,2°C a počet dechů 20 za minutu. Kultivační vyšetření moče na přítomnost streptokoka skupiny B (GBS) bylo negativní. Streptokok skupiny B je příčinou perinatální morbidity a mortality, kdy jsou novorozenci ohroženi vznikem pneumonie, nebo sepse (Měchurová, 2008).

Porodnickým vyšetřením zevním byla zjištěna normotonická děloha bez kontrakcí. Poloha plodu je podélně hlavičkou dolů v pánvi matky. Postavení plod je pravé, kdy hřbet plodu naléhá na pravou hranu dělohy matky.

Porodník vyšetřením vaginálním zjistil zbytek hrdla děložního otevřený pro 2 prsty těsně, hlavička plodu naléhá na vchod pánevní, voda plodová je zachovalá, pacientka nekrvácí.

Dle *ultrazvukového vyšetření* je vstupní kardiokografický (CTG) záznam tj. přístrojové monitorování srdeční činnosti plodu a děložních kontrakcí v normě.

4.1.3.2 Průběh porodu

Pacientka je v 8.45 hod. přijatá na čekatelský pokoj u porodního sálu. Pacientka je seznámena s právy pacientů, jménem své porodní asistentky a ošetřujícího lékaře. Pacientka je obeznámena s režimem na porodním sále a čekatelském pokoji, je seznámena s průběhem indukce. Zde byl zaveden Prostin E2 3 mg 1/ 2 vaginální tablety za vnitřní branku děložní. Prostin E2 patří do skupiny prostaglandinů, podporuje nástup nadměrných děložních kontrakcí. Vedlejším účinkem mohou být zvracení a zvýšená tělesná teplota.

V 09.15 hod. po nástupu pravidelných kontrakcí je rodička převedena na porodní sál a napojena na kardiokograf. Současně probíhá měření krevního tlaku a pulzu dvakrát denně. Tělesná teplota se měří třikrát denně. Rodičce je aplikován Thiamín 100mg i. m (Vitamín B1) a Buscopan 20 mg i. m. (spasmolytikum, uvolňuje křeče dělohy a tím

zmírňuje bolest) dle ordinace porodníka. Chronická medikace Fraxiparine 0, 4 ml s. c. (antikoagulancium, působí proti srážení krve) nebyl podán.

V 10.30 hod. v první době porodní je branka děložní volná pro 2 prsty, došlo ke spontánnímu odtoku čiré plodové vody. Gynekologem byla zavedena vnitřní sonda, tzv.

STAN analýza. V průběhu kardiokografického (CTG) vyšetření externí snímač snímá kontrakce dělohy srdeční akci plodu ultrazvukovým senzorem umístěným na břišní stěně matky. Pro přesný záznam kolísání srdeční akce plodu je potřeba zavést skalpovou sondu STAN přímo na hlavičku plodu. Cílem je získat informaci o stavu okysličení plodu (Roztočil, 2008).

V 11.15 hod. je rodičce zaveden do levé horní končetiny venózní katétr velikost 18 a podán F 1/ 1 1000 ml rychlostí 100 ml za hodinu.

V 12.05 hod. je branka děložní otevřená na 5 cm. Porodníkem ordinována epidurální kontinuální analgezie bez předporodní přípravy. Rodička se s pomocí anesteziologické sestry na lůžku posadí a anesteziolog na druhý pokus rodičce aplikuje analgetickou dávku a zavádí epidurální katétr. Naměřené hodnoty krevního tlaku a pulzu jsou v normě, pacientka má do deseti minut úlevu od porodních bolestí.

V 13.30 hod. rodička cítí tlak na konečník, vaginálním vyšetřením porodníkem je zjištěna zašlá branka děložního čípku.

V 13.57 hod. ve druhé době porodní probíhá spontánní porod záhlavím po episiotomii vlevo. Pacientka porodila chlapce s váhou 2550g a délkou 49 cm. Po vyšetření pediatrem bylo stanoveno. Apgar skóre 10- 10- 10. Apgar skóre je mezinárodně užívaný bodovací systém k orientačnímu posouzení zdravotního stavu novorozence (Liška, 2012). Tabulku uvádím v příloze č. 1.

Porodníkem je ordinován Oxytocin 5 j. ve F 1/ 1 20 ml i. v. Oxytocin je hormon vytvářený v hypotalamických jádrech a transportován do zadního laloku hypofýzy odkud je uvolňován do krevního oběhu. Oxytocin navozuje stahy svalstva dělohy a při kojení vyvolává stahy hladkého svalstva mlékovodů (Dylevský, 2013).

V 14.02 hod. ve třetí době porodní probíhá porod lůžka placenty.

Pacientka se těší z narozeného syna spolu se svým manželem, který byl přítomen u celého porodu. Pravidelná kontrola krvácení z porodních cest a episiotomie.

4.1.3.3 Péče po porodu

V poskytování ošetrovatelské péče po porodu je důležité tlumení bolestí. Z pohledu své profese anesteziologické sestry jsem se v poskytování ošetrovatelské péče zaměřila hlavně na tuto oblast.

Pro správné určení intenzity bolesti se používá nejčastěji Numerická škála (Numeric Rating Scale, NRS) je rozdělená úsečka na intervaly od 0 do 10. Žádná bolest znamená 0, maximální 10. V praxi se také používá označení Vizuální analogická škála (VAS) (Zemanová, 2012).

Pro úplnost zmíním i nonverbální škálu Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC scale). Schéma je původně určeno pro pediatrickou praxi. Uděluji se zde „bodová ohodnocení“ podle typu chování při bolesti s výsledným skóre od 0 do 10 bodů jak je uvedeno v tabulce č. 2. (Streitová, Zoubková, 2015).

Tabulka č. 2 FLACC SCALE (Zdroj Streitová, Zoubková, 2015)

Kategorie	0	1	2
Obličej	Žádný výraz, úsměv	Občasná grimasa, mračí se	Časté až stálé mračení, chvění brady, sevřená čelist
Dolní končetiny	Fyziologická poloha, končetiny relaxované	Neklid, nepohoda, napjaté	Kopání, dolní končetiny přitažené k břichu, napjaté
Aktivita	Fyziologická poloha, lehké pohyby	Motorický neklid, napětí	Prohnutý, ztuhlý, křeče, rigidita
Pláč	Nepláče, spí, nebo bdí	Naříká, kňourá, občasná nespokojenost	Stále pláče, křičí, častá nespokojenost
Utišitelnost	Spokojený, uvolněný	Uklidnění chováním, mluvením, odvedením pozornosti	Obtížná utišitelnost

V případě bolesti nad 3 body dle Numerické škály se podle ordinace lékaře doporučuje podat:

Paramax Rapid 500 mg 2 tbl. per os, možno opakovat po 4 až 6 hodinách do maximální dávky 4000 mg za 24 hodin (paracetamol).

Ibumax 400 mg tbl. per os, možno opakovat po 4 až 6 hodinách do maximální dávky 1600 mg za 24 hodin, eventuálně lze Paralen kombinovat s Ibumaxem (antiflogistikum).

Dicloream 50 mg supp. per rektum, možno opakovat po 8 hodinách do maximální dávky 150 mg za 24 hodin (nesteroidní antirevmatikum).

0. den po porodu

V 16.00 hod. po dvou hodinách po porodu byla pacientka přeložena na oddělení šestinedělí. Pacientka se cítí dobře, bez bolesti, na základě vyšetření porodníkem břicho měkké, děloha retrahována, krvácení přiměřené, hráz klidná, dolní končetiny jsou bez otoků. Pacientka šla do sprchy a najedla se. Dieta č. 2, výživná nenadýmavá. Sestra edukovala pacientku ohledně péče o prsy, pokožku, suturu po episiotomii a pitného režimu.

Při příjmu na oddělení šestinedělí byl pacientce naměřen krevní tlak 130/ 80 , pulzů 83/ min. a tělesná teplota 36, 3°C. Pacientka se spontánně vymočila. V 16.10 hod. byl aplikován Fraxiparine 0. 4 ml s. c. dále á 24 hodin. Epidurální katétr byl na pokyn anesteziologa ponechán do dalšího dne.

V 16.30 hod. pacientka udává bolest hlavy pátého stupně dle Numerické škály. Zvrací, vleže se cítí dobře. Byl jí naměřen krevní tlak 150/ 75, pulzů 82/ min, podáno Dicloream 50 mg supp. per rektum a Torecan 1 supp. per rektum (antiemetický a antivertiginózní účinek). Sestrou byl založen do dokumentace „Záznam hodnocení bolesti“ (příloha č. 2, 3). Po půl hodině a po hodině od podání medikace bylo provedeno hodnocení a zaznamenání intenzity bolesti. Pacientka péči o dítě nezvládá, proto dítě bylo přeneseno na Neonatologické oddělení k ošetření.

Po nástupu účinku léků v 17.20 hod. pacientku hlava bolí méně, zůstává v úlevové poloze vleže.

V 18.20 hod. bolest hlavy trvá, již bez nauzey, voláno anesteziologické konsilium. Anesteziolog stanoví diagnózu postpunkční bolesti hlavy a založí „Záznam postpunkční cefalee“ do dokumentace (příloha č. 4, 5). Pacientce byl podán dle ordinace anesteziologa: Paralen 1 tbl. per os v 19 hod a ve 24.00 hod., dále po šesti hodinách. Euphyllin 1 tbl per os á 8 hodin (antiastmatikum) byl pacientce podán ve 22. 00 hod. a v 06.00 hod. ráno

dalšího dne. V tu samou dobu pacientka udávala bolest hlavy stupeň číslo 3 dle Numerické škály.

Na přání matky bylo v 05.00 hod. přineseno dítě, hoch se přisál, v 06.00 hod. též.

Přehled naměřených hodnot v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 Fyziologické funkce v den porodu.

Čas	TK	TT	P
16.00 hod	130/ 80	36, 3°C	73'
16.30 hod	150/ 75	/	83
18.30 hod	140/ 70	36, 5°C	82
24.00 hod	130/ 80	36, 3°C	80
6.00 hod	130/ 80	36, 2°C	78

Vlastní zpracování

1. den po porodu

V 07. 30 hod. je pacientka bez nausea, cítí se lépe, močení bez obtíží. Dle vyšetření gynekologa má pacientka břicho měkké, děloha retrahovaná, krvácení přiměřené, hráz klidná a dolní končetiny bez otoků. Podáván Paralen 1 g tbl. per os a Euphylin 1 tbl. per os dle rozpisu. Pacientce byl naměřen krevní tlak 135/ 80, pulzů 82/ min. a změřena tělesná teplota 36,2 °C. Výsledky krevního obrazu a koagulace byly v normě.

V 11.00 hod. má pacientka náhlé zhoršení bolesti hlavy, udává stupeň 4 dle Numerické škály. Ihned bylo naordinováno anesteziologické konzilium, následně na porodním boxu byla anesteziologem aplikována krevní zátky, pacientka cítí okamžitou úlevu. Poté anesteziolog odstranil epidurální katétr a doporučil pokračovat v analgetické léčbě minimálně dalších 48 hodin.

V 16.00 hod. pacientka udává mírnější bolest hlavy, stupeň číslo 3 dle Numerické škály. Sestrou byly naměřeny hodnoty krevního tlaku 125/ 80, pulzů 68/ min., tělesná teplota 36,0°C. Pacientka se cítí podstatně lépe, občas má hučení v uších. Aplikován Fraxiparine 0, 4 ml s. c. v 9.00 hod., dále po 24 hodinách.

Dítě je přinášeno za matkou dětskou sestrou, vytváří se mlezivo, matka se učí techniku kojení.

2. den po porodu

V 07.50 hod. je pacientka bez nausey. Dle vyšetření porodníkem je břicho měkké, děloha retrahovaná, očišťky odcházejí v menší míře. Hráz je klidná a bez krvácení. Poté proběhla kontrola anesteziologem, pacientka udává bolest hlavy stupeň 3 podle Numerické škály. Analgetická léčba je dostačující; pacientka dostává Paralen 1 g tbl. per os, Euphyllin 1 tbl. per os á 8 hodin dle rozpisu. Naordinován Helicid 10 mg tbl. (omeprazol- inhibitor protonové pumpy, který snižuje množství kyseliny v žaludku). Večer byl sestrou naměřen krevní tlak 135/ 80, pulzů 68/ min. a tělesná teplota 36, 0°C.

Pacientka má dítě u sebe a pravidelně ho přikládá k prsu, je edukována dětskou sestrou a zlepšuje se v technice kojení.

3. den po porodu

V 07.45 hod. se pacientka cítí mnohem lépe, porodnický bez potíží. Pacientka udává přetrvávající bolest hlavy, po terapii analgetiky je pacientka téměř bez bolesti. Kontrolní anesteziologické konzilium zjistilo u pacientky bolesti hlavy v rozmezí stupňů 1 až 3, v závislosti polohy hlavy (zhoršení při předklonu). Tinitus v levém uchu přetrvává ve stejné intenzitě. Orientačně neurologicky je pacientka bez patologických změn. Anesteziolog doporučuje pokračovat v konzervativním postupu a analgetika podávat dle rozpisu.

Podáno Dicloreum 50 mg supp. per rektum, Euphyllin 1 tbl. per os, Helicid 10 mg tbl. per os. Chronická medikace Fraxiparine 0, 4 ml s. c. v 9.00 hod. Bylo naměřeno 125/ 80 krevního tlaku, pulzů 61/ min. a tělesná teplota 36, 3°C.

Kojení pacientka zvládá bez problémů, laktace je rozběhlá.

4. den po porodu

V 09. 00 hod. se pacientka cítí dobře, porodnický dle gynekologa je bez obtíží, očišťky ještě v malé míře odchází. Pacientka měla stolicí. Podána chronická medikace: Fraxiparine 0, 4 ml s. c. Volána anesteziologická kontrola. Cefaleu pacientka neudává, přetrvává mírné hučení v uších, ale méně než včera. Orientačně neurologicky bez patologických změn. Pacientka vyjádřila touhu jít domů. Anesteziologem je doporučeno pokračovat v konzervativní léčbě: Paralen Extra tbl. 1 g á 6 hodin per os, na noc Paralen tbl. 1 g per os

(bez kofeinu), Helicid 1 tbl. per os á 8 hodin. Pacientka poučena o dodržování klidového režimu, nutnosti příjmu dostatku tekutin. Byla edukována o režimu během šestinedělí. Pacientka rozumí a souhlasí. Dále byla informována, že v případě zhoršení stavu, nebo jiných komplikací se má dostavit na oddělení šestinedělí.

Zároveň byly zhodnoceny tyto oblasti: zdravotního stavu:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví:

Pacientka „A. B.“ se snaží žít zdravě, před těhotenstvím, ani v průběhu nepila žádný alkohol, nekouřila, drogy nikdy nebrala. Před těhotenstvím pila kávu 3 až 4 krát denně, v těhotenství vůbec, káva jí nechyběla. Žije v domku s manželem, její ekonomická a sociální situace je dobrá. Věnuje se své rodině, těší se z narozeného synka a přeje si, aby bolest hlavy ustoupila co nejdříve.

- Výživa a metabolismus:

Pacientka při příchodu na oddělení šestinedělí trpěla nechutenstvím z důvodu nauzey a zvracení. Po podání analgetik a následném ústupu nejsilnějších bolestí pacientka začala přijímat nenadýmavou potravu. Pacientka se snažila dodržovat pitný režim hojným příjmem tekutin. Periferní katétr v levém předloktí byl sterilně uzavřen. Pacientka vážila před porodem 58 kg, v době porodu 72 kg, v průběhu těhotenství přibrala 14 kg. Patientce to připadá dost, ráda by podle možností zhubla. Kůži má čistou, rána po episiotomii není krytá, klidná, pacientka se snaží o zachování čistoty.

- Vylučování:

V těhotenství pacientka občas trpěla zácpou. Po porodu močila bez potíží. Stolicí pacientka neměla, větry odchází, peristaltika funguje.

- Aktivita, cvičení:

Pacientka „A. B.“ se před těhotenstvím věnovala plavání, podle jejího mínění to pomohlo udržet si dobrou kondici až do konce těhotenství. S manželem před otěhotněním a krátce i potom trávili hodně času cestováním a turistikou. Momentálně zaujímá úlevovou polohu vleže, kdy ji hlava bolí méně.

- Spánek odpočinek:

Problémy se spánkem pacientka nikdy neměla, v těhotenství spala více z důvodu větší únavy. Po porodu spává, také po podání analgetik z důvodu bolesti hlavy. Když si pospí, cítí se lépe, připadá si více odpočatá.

- Vnímání, poznávání:

Pacientka je orientovaná místem i časem. Je lehce spává z důvodu analgetické léčby pro vznik postpunkční cefaleje. Vnímá hučení v levém uchu z důvodu postpunkční cefaleje. Aktivně se zajímá o miminko.

- Sebekoncepce, sebeúcta:

Pacientka „A. B.“ vnímá sama sebe spíše jako introverta. Vystupování má jisté, udržuje oční kontakt, hovoří zřetelně a jasně.

- Plnění rolí, mezilidské vztahy:

Pacientka se těší na roli matky, jak sama říká, nemá problém ve vztazích. Je vdaná, těhotenství bylo plánované, manžel je pro ni oporou.

- Sexualita, reprodukční schopnost:

Pacientka menstruuje od 13 let, do otěhotnění pravidelně. Z touhy po dítěti si pacientka se svým manželem těhotenství naplánovali a neměla problém přijít do jiného stavu.

- Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance:

Pacientka nerada vyvolává konflikty. Pokud ji někdo a něco rozčílí, snaží se vše zvládat v klidu. Před otěhotněním pracovala ve vedoucí pozici, stres zvládá dobře. Dosavadní hospitalizace probíhá v klidu. Je trochu ve stresu z bolesti hlavy. Po získání informací o následné léčbě je pacientka uklidněná.

- Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Pacientka se k žádné církvi nehlásí, ale věří, v „něco nad námi“. Alternativní medicínu nepraktikuje. Má naději v dobré lidi.

- Jiné:

Pacientka „A. B.“ má obavy jak zvládne s bolestí hlavy péči o dítě.

4.1.4 Plán péče

Ošetrovatelská anamnéza je odebrána v den porodu na oddělení šestinedělí, kde byla pacientka hospitalizována. Potřebné údaje jsem získala na základě informací ošetřujícího personálu, z ošetrovatelské dokumentace porodních asistentek na oddělení šestinedělí a z lékařské dokumentace. Na základě ošetrovatelské anamnézy jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy bezprostředně 24 hodin po porodu. Stanovila jsem cíl péče, navrhla krátkodobý plán péče včetně realizace.

Jednotlivé diagnózy jsou řazeny podle jejich důležitosti. Rozděleny jsou na diagnózy aktuální a potencionální podle jejich aktuálnosti.

4.1.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Dg. č. 1 Akutní bolest způsobená komplikací podání analgezie k porodu-00132

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacientka bude chápat a dovede používat Numerickou škálu bolesti. Pacientka bude udávat zmírnění bolesti a bolest nebude omezovat matku v péči o dítě

Plán ošetrovatelské péče:

- lokalizuj místo, charakter a intenzitu bolesti hlavy
- nauč pacientku používat Numerickou škálu bolesti
- podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek s časovým odstupem
- sleduj verbální a neverbální projevy pacientky
- informuj pacientku o úlevové poloze
- zajisti signalizační zařízení v dosahu pacientky
- vše pečlivě zaznamenej do dokumentace

Realizace plánu ošetrovatelské péče:

Sestra pacientce vysvětlila, jakým způsobem se podle visuální analogové škály určuje intenzita bolesti od 0 do 10. Pacientka udává bolest hlavy číslo 5, hlavně při vertikalizaci. Následně podáno Dicloreum 50 mg supp.per rektum v 16.30 hod. (nesteroidní

antirevmatikum, proti zánětu a bolesti). Pacientka byla edukována sestrou o úlevové poloze na boku s pokrčenými koleny, měla v dosahu signalizační zařízení. Po třiceti minutách při kontrole stavu pacientka udává úlevu. Během služby byla opakovaně měřena intenzita bolesti hlavy. Na základě zjištěných údajů ve 20.00 hod. podán Paralen 1g tbl. per os (analgetikum, antipyretikum), ve 22.00 hod. Euphylin 1 tbl. per os (antiastmatikum, působí vazodilataci mozkových cév a úlevě od bolesti hlavy). Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacientka ovládá použití analogové škály. Po podání analgetik cítí úlevu. Rozmezí bolesti, kterou pacientka udává během směny je mezi 1 až 3 stupněm Numerické škály.

Dg. č. 2 Narušená integrita tkáně z důvodu episiotomie- 00046

Cílem ošetrovatelské péče je dovednost pacientky v péči o ránu po episiotomii.

Plán ošetrovatelské péče:

- sleduj krvácení s episiotomie
- sleduj odchod lochií z dělohy
- pouč pacientku o ošetření perinea po použití WC
- informuj pacientku o prostředcích zvyšujících komfort
- zajisti signalizační zařízení v dosahu pacientky
- případné krvácení pečlivě zaznamenej do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče

Sestra provedla kontrolu výšky uložení fundu (vrchol dělohy) a provedla kontrolu očístků. Poté sestra doprovodila pacientku „A. B.“ do koupelny a předvedla oplach perinea zepředu dozadu, aby zabránila případné kontaminaci. Následovně pacientka předvedla sama, sestra sledovala správnost provedení oplachu pacientkou. Pacientka dostala čistou vložku a síťované kalhotky. Poté co sestra doprovodila pacientku na lůžko, poučila ji o správném uléhání přes pravý bok a o možnosti použití nafukovacího kruhu na odlehčení rány po episiotomii.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Z rány po episiotomii nedochází k výtoku, edém je minimální. Bolest v ráně odeznívá. Správný postup oplachu perinea svědčí o tom, že pacientka výkladu rozumí. Používá podložný kruh na odlehčení místa v ráně a studený obklad. Pacientka vyjadřuje úlevu.

Dg.3 Riziko vzniku krvácení související s diagnózou Leidenská mutace - 00206

Cíl ošetrovatelské péče je včasné odhalení krvácení.

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelně sleduj fyziologické funkce
- sleduj krvácení z dělohy
- sleduj ránu po episiotomii
- sleduj výsledky odběrů krve
- zajisti signalizační zařízení
- krvácení zaznamenej do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce byly vzhledem k postpunkční cefaley měřeny hodnoty fyziologických funkcí opakovaně podle potřeby, dále v půlnoci a v 06.00 hod ráno.

Krvácení z episiotomie nebylo. Při výměně vložek sestra věnovala pozornost i množství odcházejícím lochiím. Krvácení bylo přiměřené. Pacientka měla signalizaci v dosahu a byla poučena okamžitě hlásit jakékoli krvácení s hráze, nebo jiné.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Během služby nedošlo k výraznému krvácení. Hodnoty fyziologických funkcí byly odpovídající poporodnímu stavu. Vyšší hodnoty krevního tlaku u pacientky naznačovaly rozvoj postpunkční cefaley. Po analgetické léčbě se i tyto hodnoty upravily.

Dg. č. 4 Riziko pádů související s celkovým stavem- 00155

Cíl ošetrovatelské péče je minimalizovat riziko pádu.

Plán ošetrovateľskej péče:

- zajištění pacientce doprovod
- dbet na vhodnou obuv
- zajištění signalizačního zařízení v dosahu

Realizace ošetrovateľskej péče:

Pacientka byla na oddělení šestinedělí dovezena v pojízdném křesle sestrou. Poté byla uložena na lůžko. Bylo jí dáno signalizační zařízení v dosahu. Pacientka signalizací přivolala sestru, která ji poučila o nutnosti vstávání přes pravý bok z důvodu episiotomie. Z důvodu účinku analgetik pacientka chvíli zůstala sedět na lůžku a nazula si s pomocí sestry pantofle. Poté s pomocí sestry vstala a v doprovodu šla na WC. Po návratu ulehla znovu přes pravý bok. Večer šla na WC sama.

Hodnocení ošetrovateľskej péče:

Během služby nedošlo u pacientky k pádu, v chůzi si je jista.

Dg. č. 5 Riziko zácpy z důvodu změny prostředí, těhotenství- 00015

Cílem ošetrovateľskej péče je pravidelnost vyprazdňování stolice a dostatečný příjem tekutin. Pacientka bude mít stolicí přiměřené konzistence a osvojí si správné defekační návyky.

Plán ošetrovateľskej péče:

- edukuj pacientku o nutnosti dodržení pitného režimu
- zdůrazni důležitost příjmu vlákniny v potravě
- zajištění pravidelný příjem potravy
- doporuč pití ovocné šťávy

Realizace ošetrovateľskej péče:

Sestra zjistila od pacientky její stravovací návyky, upozornila na nutnost příjmu dostatečného množství tekutin. Doporučila pacientce pít šťávu z vláknitého ovoce. Sestra zajištění pacientce soukromí při defekaci.

Hodnocení ošetrovatelského plánu:

Pacientka dodržela doporučené postupy, větry odchází, stolici neměla.

Dg. č. 6 Nauzea z důvodu bolesti hlavy- 00134

Cílem ošetrovatelské péče je pacientka bez nauzey a zvracení.

Plán ošetrovatelské péče:

- uklidni pacientku
- podej ordinace dle lékaře
- zajisti pro pacientku vhodné prostředí
- sleduj účinek léků a kontroluj stav pacientky

Realizace ošetrovatelské péče:

Sestra pacientku uklidnila, uložila pacientku na lůžko. Zavedla pacientce Torecan 1 supp. per rektum. (čípek s antiemetickým účinkem). Na čelo dala pacientce studený obklad a vyvětrala místnost. Po 15 minutách se pacientce ulevilo.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka odpočívá vleže na lůžku. Nauzeu nemá, nezvrací.

Dg. č. 7 Přerušené kojení z důvodu silné bolesti hlavy - 00105

Cílem ošetrovatelské péče je získání zručnosti a jistoty v technice kojení. Dítě bude nakojeno.

Plán ošetrovatelské péče:

- ukaž pacientce techniku kojení
- zkontroluj techniku kojení
- edukuj pacientku o nástupu laktace
- povzbud' pacientku k dalšímu kojení

Realizace ošetrovatelské péče:

Z důvodu silné bolesti hlavy bylo dítě v 16.30 hod. přemístěno na Neonatologické oddělení, kde bylo příkrmováno. Po nástupu účinku analgetik a odpočinku matky v 5.00 hod. ráno bylo dítě na přání matky dopraveno zpět. Dětská sestra ukázala pacientce různé techniky kojení a pacientka „A. B.“ si vybrala jednu, která jí nejvíc vyhovovala. Dítě se ihned přisálo, to pacientku velmi potěšilo. Byla ujištěna dětskou sestrou o možnosti kdykoli se obrátit o pomoc. Dále byla poučena o nutnosti dodržení hygieny rukou při kojení a v péči o prsa.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka „A. B.“ nemá obavy z kojení, osvojila si techniku kojení, při které se dítě přisálo bez problémů. Je poučena o dodržování zvýšené hygieny rukou.

4.1.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.

Dg. č. 1 Riziko infekce v souvislosti se zavedeným PŽK a s odchodem lochií po porodu. – 00004

Cílem ošetrovatelské péče je minimalizovat riziko vzniku infekce a včas odhalit vzniklou infekci.

Plán ošetrovatelské péče:

- sleduj ránu a projevy infekce
- minimalizuj riziko infekce aseptickým přístupem
- zdůrazni nutnost dodržovat hygienu rukou
- informuj pacientku o příznacích možné infekce
- porad' pacientce ve výběru spodního prádla

Realizace ošetrovatelské péče:

Večer ve sprše sestra pacientce ukázala správný postup sprchování rány po episiotomii. Doporučila oplachovat ránu čistou vodou bez mýdla, několikrát denně. Sestra poučila pacientku o vysoké infekčnosti odcházejících lochií. Zdůraznila nutnost dodržování

hygieny rukou. Prádlo přicházející do kontaktu s ránou musí být čisté. Pacientka dostala od sestry čistou košili, vložku a sít'ované kalhotky, které jsou prodyšné.

Sestra po návratu na lůžko odstranila krytí z PŽK. Po kontrole vstupu sestra propláchla katétr 10 ml fyziologického roztoku. Pacientka nepocítila žádné pálení ani bolest. Sestra provedla dezinfekci místa vstupu katétru a následně přelepila sterilním lepením, čím zafixovala katétr proti vytažení. Tělesná teplota byla měřena několikrát denně, v normě.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka ví jak pečovat o ránu, známky infekce nejsou patrné ani v místě zavedení PŽK. Pacientka nemá místní ani celkové příznaky zánětu. Množství lochií přiměřené, bez zápachu. Pacientka je bez teploty.

Dg. č. 2 Riziko vzniku TEN (Tromboembolická nemoc) v souvislosti s porodem a diagnózou Leidenská mutace. -

Cílem ošetrovatelské péče je včasné odhalení známek TEN, pacientka nejeví známky TEN.

Plán ošetrovatelské péče:

- aktivně nabízej tekutiny
- podávej antikoagulancia dle ordinace lékaře
- sleduj příznaky TEN

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka z lůžka vstala sama, bez pomoci sestry chodí do koupelny a na WC. Na dolních končetinách má navlečené elastické punčochy. Během celého dne procvičovala dolní končetiny dle instrukcí sestry. Pila dostatek tekutin. V průběh dne se nezměnila barva, ani teplota obou končetin, bolesti pacientka v nohách nemá. V 16.10 hod. pacientce byl aplikován Fraxiparine 0.4 ml s. c. dle chronické medikace.

Hodnocení ošetrovatelského plánu.

Pacientka se pohybuje bez pomoci, nejeví známky TEN, ordinace byly podány.

4.2 Případová studie č. 2

4.2.1 Základní informace o pacientce

Pacientka „X. Y.“ je po druhé těhotná ve 38 +2 týdnu, stav po umělém oplodnění. Pacientka byla ve 23.10 hod. přivezena Rychlou záchrannou službou na Klinikou gynekologie a porodnictví ve fakultní nemocnici k porodu. Doma ve 22.30 hod. jí otekla čirá plodová voda. V noci byla pacientce podána epidurální analgezie k porodu. Průběh porodu bez komplikací, u dítěte byla na základě ultrazvukového vyšetření diagnostikována pravostranná hiátová hernie. Průběh porodu bez komplikací, následující den po porodu překlád pacientky do jiného zdravotnického zařízení z důvodu vrozené vývojové vady dítěte.

4.2.2 Ošetrovatelská anamnéza

V rodinné anamnéze se u matky těhotné vyskytuje hypercholesterolemie. *Pracovní a sociální anamnéza* obsahuje údaje o vzdělání pacientky středním bez maturity. Před otěhotněním pracovala jako poštovní doručovatelka, toho času na mateřské dovolené.

Pacientka je svobodná, bydlí s přítelem v bytě 2+ 1. V *osobní anamnéze* je záznam o laparoskopické apendektomii v osmi letech pacientky. Před dvěma lety pacientka absolvovala gastroskopii pro bolesti v nadbřišku s negativním nálezem. Před rokem bylo u pacientky laparoskopicky odstraněno mimoděložní těhotenství.

Farmakologická anamnéza obsahuje záznam o pravidelném užívání Helicidu 20 mg 1 tbl. per os ráno (inhibitor protonové pumpy). Pacientka neudává žádnou alergii.

Dle *gynekologické anamnézy* pacientka menstruuje od 12 let. Antikoncepci užívala před mnoha lety asi 1 rok, poté ji vysadila pro intoleranci.

Nynější těhotenství je druhé, první ukončeno laparoskopicky z důvodu mimoděložního uložení plodu.

4.2.3 Zhodnocení současného stavu

4.2.3.1 Příjem pacientky

Pacientka „X. Y.“ byla přijata ve 23.10 hod. na Gynekologicko- porodnickou kliniku s pravidelnými kontrakcemi po pěti minutách. Pro velký porodní nález byla rodička uložena hned ve 23.15 hod. na porodní box. Plodová voda jí otekla doma ve 22.15 hod. a pohyby plodu cítí.

Aktuální hmotnost pacientky je 69 kg, před otěhotněním 59 kg. Pacientka měří 165 cm. Naměřené hodnoty krevního tlaku při příjmu jsou 140/ 85, pulzů 105/ min., tělesnou teplotu sestra naměřila 36, 7 °C. Moč na GBS je negativní.

Porodnickým vyšetřením zevním porodník zjistí polohu plodu podélná hlavičkou v pánvi matky, děloha je tonizována, pacientka má kontrakce.

Porodnickým vyšetřením vaginálním se porodník ujistí zašlou porodní brankou a zbývá jenom lem pod sponou. Hlavička plodu volně naléhá na vchod pánevní, teče čirá plodová voda, pacientka nekrvácí.

Mezi *ultrazvukové vyšetření* patří kardiokografický záznam činnosti srdce plodu a děložních kontrakcí, který je v normě.

4.2.3.2 Průběh porodu

Rodička byla ve 23.15 hod. uložena na porodní box. V 00.10 hod. měla kontrakce po dvou minutách. Vaginálním vyšetřením porodník zjistil tenkou branku otevřenou na 4 až 5 cm, hlavička plodu těsně naléhá na děložní branku, nekrvácí a plodová voda je čirá. Kardiokografické vyšetření nadále v normě. Při tomto porodním nálezů volán anesteziolog a pro bolestivé kontrakce byla aplikována epidurální porodní analgezie se zavedením katétru.

V 00.30 hod. pacientka cítí úlevu od bolesti. Ani v poloze polosed rodičku hlava nebolí, spává. Vaginálně je děložní branka otevřená na 8 cm, hlavička volně naléhá na poševní vchod. Monitorace plodu probíhá v normě.

Ve druhé době porodní v 02.30 hod. je branka děložní zašlá, probíhá spontánní porod záhlavím s episiotomií vpravo. Podán Oxytocin 2 jednotky i. v. ve F 1/1 500 ml. Porozen hoch, Apgar skóre 8-8-9. Krevní ztráty jsou asi 200ml. Otec dítěte byl u porodu přítomen.

V 02.50 hod. porod placenty ve třetí době porodní. Porodník zašil ránu po episiotomii, zkontroloval krvácení a zavinování placenty, vše proběhlo bez komplikací. Po dvou hodinách byla matka přeložena na oddělení šestinedělí.

4.2.4 Plán péče

0. den po porodu

Pacientka „X. Y.“ byla přijata na oddělení šestinedělí v 04.50 hod. Sestra pacientce naměřila tyto hodnoty fyziologických funkcí: krevní tlak 110/ 60, pulzů 70/ min., tělesná teplota 37, 0°C. Matka je bez potíží, výraznější bolest nemá. Pacientka nekrvácí, očistky lehce zbarvené krví. Po porodu močí spontánně, peristaltiku má pozitivní. Dle vyšetření gynekologa děloha retrahovaná, hráz klidná, bez hematomu, či otoku, dolní končetiny klidné. V 11.00 hod. dle anesteziologické ordinace je odstraněn epidurální katétr. Pacientce byl podán Paralen 1000 mg .tbl. per os ve 20.00 hod., pacientka odmítá, nemá bolest.

Dítě je neustále u matky dle systému roaming in, matka přikládá dítě k prsu a osvojuje si techniku kojení. Začíná se tvořit mlezivo a spouští se laktace. Matka vyslovuje obavy o zdraví dítěte z důvodu výskytu brániční kýly.

1. den po porodu

Pacientka „X. Y.“ je bez potíží a bolesti hlavy nemá. Močí spontánně, očistky odchází v menší míře. Vaginálním vyšetřením porodník udává, že hráz je klidná a nekrvácí. Děloha retrahovaná. Podán Helicid dle chronické medikace 1 tbl. per os. Matka dítě kojí a je klidná, bez obav o zdraví dítěte.

V 13.50 hod. je matka přeložena do jiného zdravotního ústavu ze zdravotních důvodů dítěte.

Podobně jako u prvního případu jsem zhodnotila tyto oblasti zdravotní péče:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví:

Pani „X. Y.“ nikdy nekouřila a nepila alkohol ve větší míře, v těhotenství vůbec ne. Snaží se dodržovat zdravou výživu, mít dostatek pohybu, co ji její zaměstnání poštovní doručovatelky umožňuje. Momentálně se cítí zdravá, je si vědoma nutnosti péče o ránu po episiotomii, prsa.

- Výživa a metabolismus:

Pacientka se vždy snažila o dodržování zásad správné výživy, nadváhou netrpěla, váhový přírůstek 10 kg v těhotenství jí nevadí. Pečlivě dodržuje naordinovanou dietu a vyhýbá se

potravinám způsobujícím nadýmání. Snaží se o dostatečný přísun tekutin. Pije 1 až 2 slabší kávy denně. Momentálně bolesti v epigastriu nemá, ani žádné jiné dyspeptické potíže. Pacientka si je vědoma nutnosti zachování čistoty lůžka a péče o ránu po episiotomi.

▪ Vylučování:

Pacientka trpěla zácpou v těhotenství, pálení při močení nepociťovala. Pacientka dodržuje pitný režim, močí spontánně, permanentní katétr nemá. Stolice nebyla, větry ano, peristaltika funguje.

▪ Aktivita, cvičení:

Pacientka „X. Y.“ měla před těhotenstvím i v těhotenství dostatek pohybu, ráda sportuje. Momentálně má naordinovanou vertikalizaci, k ulehčení vstávání z postele používá nafukovací kruh.

▪ Spánek odpočinek:

V těhotenství pacientka problémy se spaním v noci neměla, po porodu je buzena dítětem, celkově se cítí unavená. V průběhu dne se snaží využít každou chvíli k odpočinku, pokud to režim oddělení dovolí.

▪ Vnímání, poznávání:

Pacientka „X. Y.“ je orientována místem i časem. Na dotazy odpovídá adekvátně, komunikuje bez problémů, problémy se zrakem sluchem nemá.

▪ Sebekoncepce, sebeúcta:

Pacientka vnímá sama sebe jako optimistku, je ráda, že se zbaví nadbytečných kilogramů. Měla obavy o zdravotní stav dítěte, po získání informací od lékaře se uklidnila a vyjádřila důvěru, že péči o miminko zvládne.

▪ Plnění rolí, mezilidské vztahy:

Vystupování pacientky „X. Y.“ bylo příjemné, asertivní. Vztahy s ostatními zdravotníky má dobré. Odpoledne pacientku navštívil partner, pomoc v péči o dítě má zajištěnou také od rodičů. Těší se na roli matky, připravovala se na mateřství několik let.

- Sexualita, reprodukční schopnost:

Menarche má pacientka od 12 let. Antikoncepci užívala rok, poté vysadila pro intoleranci. Pacientka nemohla otěhotnět po operaci apendixu, dalším zklamáním bylo mimoděložní těhotenství. Poslední těhotenství bylo po umělém oplodnění, pacientka vyjádřila vděčnost za tuto metodu otěhotnění.

- Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance:

Pacientka „X. Y.“ stresové situace zvládá, ve všem hledá pozitiva. Zvládnout zátěžové situace pomáhá partner, rodina, situaci s onemocněním dítěte také zdravotní personál.

- Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Pacientka se pokládá za ateistku a nehlásí se k žádnému náboženství. Je velmi šťastna z narození dítěte, má plány do budoucna, věří, že se dítě uzdraví.

4.2.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.

Podobně jako u prvního případu jsem na základě ošetrovatelské anamnézy stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy bezprostředně 24 hodin po porodu. Stanovila jsem cíl péče, navrhla krátkodobý plán péče včetně realizace.

Dg. č. 1 Akutní bolest způsobená episiotomií- 00132

Cílem ošetrovatelské péče je pacientka bez bolesti, schopna zvládnout péči o dítě, pacientka chápe a je schopna určit intenzitu bolesti dle Numerické škály.

Plán ošetrovatelské péče:

- získat pacientku pro spolupráci
- zjistit charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti
- doporučit vhodnou polohu, použití nafukovacího kruhu
- podat léky dle ordinace lékaře
- vše zaznamenat do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka udává mírnou bolest v ráně po episiotomii, analgetika dle vizuální analogové škály nepotřebuje a sama je nechce. Sestra doporučila vhodnou polohu na boku, která jí vyhovuje a použití nafukovacího kruhu. Sestra seznámila pacientku s relaxačními technikami a poučila o správném provedení vstávání přes bok.

Hodnocení ošetrovatelského plánu:

Pacientka nepotřebuje lék proti bolesti, sama zaujme úlevovou polohu, je schopna plně pečovat o dítě.

Dg. č. 2 Narušená integrita tkáně z důvodu episiotomie- 00046

Cílem ošetrovatelské péče je hojení episiotomie per primam, pacientka zvládá péči o episiotomii.

Plán ošetrovatelské péče:

- sleduj celkové známky zánětu- bolest, otok, hematom
- sleduj hodnoty fyziologických funkcí
- provést oplach zevního genitálu
- edukuj pacientku o péči při poranění
- zaznamenej vše do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče:

Sestra u pacientky sledovala stav rány po episiotomii, měřila hodnoty fyziologických funkcí. Informovala pacientku o nutnosti pravidelného oplachu rodidel. Sestra zaznamenala do dokumentace hodnoty krevního tlaku, pulzu a tělesné teploty. Sestra sledovala stav rány a subjektivní pocity pacientky.

Hodnocení ošetrovatelského plánu:

Rána po episiotomii se hojí per primam. Pacientka nepocítuje v ráně bolest, dodržuje pravidelnou hygienickou péči.

Dg. č. 3 Porušený spánek – 00095

Cílem ošetrovatelské péče je lepší spánek pacientky, pacientka se cítí odpočatá a je schopna plně pečovat o dítě.

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit příčiny spánkové deprivace
- získat důvěru pacientky
- zajistit dobré podmínky pro spánek
- zjistit skutečnou délku spánku

Realizace ošetrovatelské péče:

Sestra sledovala u pacientky příznaky únavy z nedostatku spánku. Rozhovorem s pacientkou se sestra dozvěděla důvody spánkové deprivace způsobené častým buzením dítětem. Dotazem sestra zjistila délku spánku. Vyvětrala pokoj a zajistila pacientce čisté ložní prádlo. Sestra pacientku zbytečně nerušila.

Hodnocení ošetrovatelského plánu:

Pacientka není dostatečně vyspalá z důvodu častého kojení dítěte.

Dg. č. 4 Riziko pádů související s celkovým stavem- 00155

Cíl ošetrovatelské péče je minimalizovat riziko pádů.

Plán ošetrovatelské péče: zajisti signalizační zařízení v dosahu

zajisti pacientce doprovod

zajisti vše potřebné v dosahu

Realizace ošetrovatelské péče:

Sestra pacientce nabídla doprovod, pacientka odmítla, nepotřebuje. Pacientka má pevnou a bezpečnou obuv. Sestra zajistila potřebné věci a signalizaci na stolečku pacientky v jejím dosahu.

Hodnocení ošetrovatelského plánu:

Pacientka je plně soběstačná, pomoc sestry nepotřebuje, riziko pádů není.

Dg. č. 5 Riziko zácpy z důvodu změny prostředí, těhotenství- 00015

Cílem ošetrovatelské péče je pravidelné vyprazdňování pacientky a dodržování správných defekačních návyků. Pacientka přijímá dostatečné množství tekutin.

Plán ošetrovatelské péče:

- edukuj pacientku o nutnosti příjmu tekutin
- informuj o vhodnosti pití ovocné šťávy, vlažného ovocného čaje
- zajisti pravidelnost v příjmu potravy

Realizace ošetrovatelského plánu:

Sestra zajistila pacientce soukromí. Vysvětlila nutnost dostatečného příjmu tekutin, kladla přitom důraz na dodržování vyprazdňovacích návyků (včas se vyprázdnit, nezadržovat stolici). Doporučila pacientce pít vlažný ovocný čaj, šťávy z vláknitého ovoce.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka přijímala dostatečné množství tekutin, vyprázdnila se první den po porodu, udává fyziologickou konzistenci stolice.

Dg. č. 6 Strach o zdraví dítěte- 00148

Cílem ošetrovatelské péče je klidná a dostatečně informovaná pacientka, bez obav o zdraví dítěte.

Plán ošetrovatelské péče:

- získej důvěru pacientky
- zajisti rozhovor s lékařem
- povzbud' pacientku v péči o dítě
- zajisti kontakt partnera, rodiny

Realizace ošetrovatelského plánu

Sestra zajistila pacientce intimní prostředí, uklidnila jí a zkonstatovala, že dítě prospívá dobře i přes existenci brániční kýly. Zajistila pohovor s pediatrem, který pacientku informoval o všech dostupných způsobech léčby.

Hodnocení ošetrovatelského plánu

Pacientka se uklidnila a vyjádřila naději, že se zdravotní stav jejího dítěte vyřeší co nejlépe a sama bude schopna se o dítě i s touto komplikací postarat. Je si vědoma velké opory v partnerovi a celé své rodině.

4.2.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.

Dg. č. 1 Riziko infekce v souvislosti se zavedeným PŽK a s odchodem lochií po porodu. – 00004

Cílem ošetrovatelské péče je včasné odhalení vzniklé infekce, minimalizovat riziko vzniku infekce a pacientka nebude jevit známky infekce.

Plán ošetrovatelské péče:

- sleduj ránu
- sleduj celkové i místní příznaky zánětu
- sleduj laboratorní výsledky
- edukuj pacientku o zásadách dodržování čistoty
- používej aseptické postupy
- porad' pacientce při výběru spodního prádla

Realizace ošetrovatelského plánu:

Sestra pacientku ve sprše poučila o ošetření rány po episiotomii čistou vodou bez mýdla několikrát za den. Upozornila na vysokou infekčnost odcházejících lochií. Sestra doporučila pacientce použití síťovaných kalhotek s vložkou a čistou košili.

Poté sestra na lůžku pacientce překryla periferní žilní katétr novým sterilním krytím za dodržení zásad asepse.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Rána po episiotomii je klidná, bez zarudnutí, nebolestivá. Očistky bez zápachu. Pacientka ovládá způsob péče o ránu. Periferní žilní katétr sterilně ošetřen. Pacientka nejeví místní ani celkové známky infekce.

Dg. č. 2 Riziko vzniku TEN v důsledku pobytu na lůžku po porodu.

Cílem ošetrovatelské péče je včasné odhalení známek TEN a pacientka nebude jevit známky TEN

Plán ošetrovatelské péče:

- aktivně nabízej tekutiny
- sleduj známky TEN
- zajisti dostatek tekutin
- informuj o vhodnosti pohybu

Realizace ošetrovatelského plánu:

Sestra aktivně nabízí pacientce tekutiny. Vybízí pacientku k pohybu, pokud to celkový stav pacientky dovolí. Všímá si barvy a celkového vzhledu dolních končetin. Přesvědčí se o správnosti naložení bandáže dolních končetin.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka nosí elastické punčochy, změny barvy, ani otoky prstů na dolních končetinách nejsou patné. Bolesti nohou nemá. Pacientka nejeví známky TEN.

5 Diskuze

Při výběru mé bakalářské práce bylo mojí snahou pojmout podání epidurální analgezie k porodu komplexně z pohledu anesteziologické sestry, porodní asistentky a pacientky. Každý invazivní zákrok i tato metoda epidurální tlumení bolesti může způsobit komplikaci, kterou je postpunkční bolest hlavy. Při vypracování dvou případových studií jsem si jako první případ záměrně vybrala pacientku s postpunkční cefalou. Výskyt této komplikace na gynekologicko- porodnické klinice je méně častý, vyskytuje zhruba u jedné rodičky za 2 až 3 měsíce. Vybrala jsem si proto kvalitativní metodu výzkumu a zaměřila jsem se na případné rozdíly poskytované ošetrovatelské péče.

Porovnáváním ošetrovatelské péče u dvou pacientek jsem našla tyto rozdíly:

V *Dg. č. 1 Akutní bolest* byla u pacientky „A. B.“ použita Numerická analogová škála k určení bolesti. V 16.30 hod. byl určen stupeň číslo 5. Vzhledem k velké intenzitě postpunkční bolesti hlavy se tento stupeň jeví poměrně nízký. Domnívám se, že k monitoraci bolesti by bylo vhodné použít škálu jinou. Například FLACC SCALE (Streitová, Zoubková, 2015), intenzita prožívání bolesti byla na základě neverbálních projevů více patrná. Následná léčba: Paralen tbl. 500 mg per os, Euphyllin 1 tbl. per os, Diclorem 1 supp. se projevila jako dostačující.

Jak již bylo uvedeno výše, Paralen tj. paracetamol patří mezi analgetika a antipyretika. Analgeticky účinná dávka je 650 až 1000 mg, maximálně 4 g za den a v intervalech po 4 až 6 hodinách. Má příznivý bezpečnostní profil, neprochází do mateřského mléka. Je lékem první volby u těhotných a kojících žen. Ve srovnání se salicyláty a jinými nesteroidními antirevmatiky nezvyšuje riziko gastrointestinálního krvácení. Poškození jater při terapeutických dávkách je spíše výjimečné, přichází v úvahu spíše při anorexii, hepatitidě typu C a cirhóze jater (Nosková, 2011). Paramax rapid je kombinace paralenu a kofeinu, který má svoje místo v léčbě postpunkční bolesti hlavy. Pacientce „A. B.“ podán nebyl z důvodu pozdních večerních hodin a odpočinku matky a novorozence.

Dalším lékem v kombinaci léků proti bolesti hlavy je Euphyllin, který patří mezi antiastmatika. Svým vazokonstrikčním účinkem zmírňuje postpunkční bolest hlavy, která má vazodilatační, migrenózní charakter. Podobný účinek má kofein, doporučená dávka je 300 až 500 mg na den.

Třetím doporučeným lékem v kombinaci léků pro postpunkční bolest hlavy je Diclorem.

Patří mezi nesteroidní antirevmatika pro vysoký analgetický účinek v léčbě akutní bolesti. Jsou nevhodné k dlouhodobému podání z důvodu nepříznivého účinku na gastrointestinální trakt, kardiovaskulární systém, ledviny a trombocyty.

Postpunkční bolest hlavy patří mezi akutní a silné bolesti vůbec, proto je potřeba vybavit pacientky kombinací analgetik s rychlým nástupem účinku.

Analgetická léčba byla účinná také v léčbě bolesti po episiotomii.

Dg. č. 1 se u pacientky „X. Y.“ oproti mému očekávání nepotvrdila. U pacientky se bolest v ráně po episiotomii neprojevila v takové intenzitě, kdy by potřebovala analgetika k utišení bolesti. Pacientka proto analgetickou léčbu odmítla. Potvrzuje se tím má domněnka, že tolerance bolesti je u různých žen rozdílná.

V Dg. č. 2 *Narušená integrita tkáně* z důvodu episiotomie jsem zásadní rozdíly v ošetrovatelské péči patientek nenalezla.

Pacientka „A. B.“ po nástupu účinku analgetické a antiemetické léčby přijala a pochopila správný způsob péče o episiotomii, následně pacientka ošetrovatelskou péči vykonala sama pod dohledem sestry.

Pacientka „X. Y.“ pečovala o porodní poranění samostatně, bez problémů.

Z uvedeného srovnání vyplývá, že komplikace typu postpunkční cefalea, nebrání matce v péči o porodní poranění a vykonávání osobní hygieny.

Dg. č. 3 *Riziko vzniku krvácení* související s diagnózou Leidenská mutace byla stanovena pouze u pacientky „A. B.“ vzhledem k jejímu onemocnění. V důsledku správné léčby Fraxiparin 0,4 ml s. c. po 12 hodinách před a v průběhu těhotenství nedošlo u pacientky ke vzniku krvácení.

U pacientky „X. Y.“ byla stanovena Dg. č. 3 *Porušený spánek*. Matka byla nucena v nepravidelných intervalech vstávat z důvodu kojení a ticho dítěte. Dosažení stanoveného cíle- odpočinek matky se nepodařilo splnit.

Tato diagnóza nebyla stanovena u pacientky „A. B.“ z důvodu nasazení analgetik, kdy pacientka spala od 22.00 hod. v den porodu do 5.00 hod. ráno.

Dg. č. 4 *Riziko pádů* související s celkovým stavem. U pacientky „A. B.“ se tato diagnóza potvrdila. Pacientka potřebovala doprovod sestry z důvodu působení analgetik.

Pacientka „X. Y.“ doprovod nepotřebovala, diagnóza se nepotvrdila.

Dg. č. 5 *Riziko zácpy* z důvodu změny prostředí a těhotenství. Obě pacientky byly edukovány sestrou stejným způsobem. Obě dodržely doporučené postupy ošetrovatelské péče. U pacientky „X. Y.“ byl cíl splněn, u pacientky „A. B.“ cíl splněn nebyl. U pacientky

„A. B.“ byla stanovena jako *dg. č. 6 zvracení*. Nelze vyloučit, že mohlo dojít k částečné ztrátě tekutin zvracením a k zácpě.

V souvislosti s výskytem komplikace postpunkční bolesti hlavy byla u pacientky „A. B.“ stanovena *dg. č. 7 Přerušené kojení* z důvodu silné bolesti hlavy v 16.30 hod. Bezprostředně po porodu na porodním boxu se dítě přisálo bez problémů. Vypovídalo to o dobré schopnosti matky kojit. Pacientce byly naordinovány analgetika naposledy ve 22.00 hod. Do té doby pacientka nebyla schopna nakojit dítě v poloze hlavy v předklonu. Po odeznění bolesti v 05.00 hod. bylo dítě na žádost matky přineseno zpět a kojení probíhalo pod dohledem pediatrické sestry bez problémů.

Tyto dvě případové studie mají několik společných prvků. Obě rodičky rodily spontánně v epidurální analgezii k porodu. Jak naznačuje Pařízek, každá pacientka je jiná, má jiné prožívání bolesti, nepohodlí, rozdíly jsou i v adaptaci na novou roli matky (Pařízek, 2012). V důsledku porovnání ošetrovatelské péče dvou pacientek vyplývá, že komplikace postpunkční bolesti hlavy mohou způsobit vznik rozdílných ošetrovatelských problémů v poporodním období matky.

Existencí těchto rozdílů vznikl prostor k porovnání obou případů a vyhodnocování jednotlivých cílů výzkumu.

Výsledky mé práce mohou porodním asistentkám na oddělení šestinedělí posloužit jako zpětná vazba při jejich ošetrovatelské péči. Výsledky mohou být použity v adaptačním procesu nových absolventek po nástupu do zaměstnání.

6 Závěr a doporučení pro klinickou praxi

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat téma komplikace porodní analgezie postpunkční bolest hlavy rodičky z pohledu všeobecné sestry. Rozdělila jsem práci na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části uvádím, jaké jsou současné možnosti tlumení porodních bolestí. První kapitola je věnována přehledu a popisu jednotlivých druhů neuraxiálních metod využívaných v dnešní době v ČR i v zahraničí včetně jejich indikací a kontraindikací. V samostatné kapitole jsem se zaměřila na popis komplikace porodní analgezie- postpunkční cefalee. V této kapitole jsou popisovány příznaky a druhy léčby. V samostatné kapitole popisují psychologická specifika šestinedělí v souvislosti s postpunkční bolestí hlavy.

V praktické části jsem zpracovala výsledky výzkumného šetření, které probíhalo na oddělení šestinedělí Gynekologicko- porodnické kliniky ve fakultní nemocnici. Předpokladem k uskutečnění výzkumu bylo udělení souhlasu s nahlížením do dokumentace od vrchní sestry, přednosty kliniky, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a Etické komise. Cílem mé práce byl popis dvou různých případových studií s vytvořením plánů ošetrovatelské péče, dle modelu Majory Gordon, zhodnocením a následnou komparací obou případů. Rozdíly v ošetrovatelské péči vycházely z přítomnosti komplikace bolesti hlavy pacientky „A. B.“, kde bolest a následná léčba ovlivnila kvalitu spánku, sebepéči, péči o porodní ránu a péči o dítě. Uskutečněním správně stanovených ošetrovatelských diagnóz mohla být pacientce poskytnuta úleva, která napomáhá k rychlejšímu zotavení rodičky.

V období výzkumu nebyla shledána žádná pochybení stran ošetřujícího personálu v plnění ošetrovatelské péče a plnění lékařských ordinací. Myslím si, že to svědčí o profesionálním a zodpovědném přístupu zdravotnického personálu k plnění svých povinností. Byla jsem mile překvapena trpělivým a laskavým přístupem porodních asistentek k ženám v náročném období života, ke kterým porod bezesporu patří.

7 Seznam použité literatury

ALLMAN, Keith. *Oxford handbook of anaesthesia*. Third edition. Oxford University Press, 2012, 1101 p., ISBN 978-0-19-958404-8.

BECK, Ct. a S. WATSON. A tale of two pathways: Nursing research. *Impact of birth trauma on breast-feeding*. 2008, **5**(4), 228- 236 p.

BLÁHA, Jan a Pavlína NOSKOVÁ. Současné postupy v porodnické anestezii- III.: Regionální anestezie u císařského řezu. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2014, **25**(1), 29. - 36., ISSN 1214- 2158.

ČEPICKÝ, P. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičství*. 2008, (15), s. 27. ISSN 1214- 5572.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada publishing, a. s., 2013, s. 426. ISBN 978- 80- 247- 3240- 4.

FRANKO, Martin. Místní (regionální) anestezie. In: *Anesteziologie a urgentní medicína* [online]. 2013 [cit. 2016-05-27].

HALPERN, Stephen H. a Brendan CARVALHO. Patient- controlled epidural analgesia for labor. *Anesthesia Analgesia.: Obstetrics anesthesiology*. 2009, **108**(3), 921- 927 p. ISSN 0003- 2999/ 00.

JINDROVÁ, Barbora. *Praktické postupy v anestezii*. Druhé. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016, s. 82, 104. ISBN 978-274-5909-8.

KUCZKOWSKI, Krzysztof M. Post-dural puncture headache in pregnant women: What have we learned?. *Rev. colomb. anesthesiol.* [online]. 2006, vol. 34, n. 4 [cited 2016-01-05], pp. 267-272 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472006000400007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-3347.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. První. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009, s. 77- 78. ISBN 978-80-247-2713-4.

LIŠKA, Karel. Přednemocniční neodkladná péče. *Pediatric pro praxi*. 2012, 13(4), 262. ISSN 1213-0494.

LUBUŠKÝ, Marek. Vývoj incidence postpunkční cefalei po spinální anestezii pro císařský řez. *Časopis lékařů českých*. 2006, 145(3), 220. ISSN 1803- 6597.

MACH, Dušan. *Postpunkční cefalea*. (online). [cit. 2016- 01- 06]. Dostupné z: <http://lekari.porodnice.cz/ici_files/docs/AORA2011/21_MUDr_Mach_Postpunkcni_Cefalea_AORA2011.pdf>

- MATLOCH, Zdeněk a Sylvie MATLOCHOVÁ. Porodnická analgezie z pohledu anesteziologa- zkušenosti z praxe ve Velké Británii. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2013, 79(3), s. 102- 106. ISSN 1214- 2158.
- MACHART, ŠTĚPÁN. *Porodnická analgezie a anestezie up to date* . (online). [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/28-porodnicka-analgezie-a-anestezie-up-to-date-machart.pdf>
- MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5. přepracované. Brno: NCO NZO, 2013. S. 89. ISBN 978- 80- 7013- 559- 4.
- MĚCHUROVÁ, A. Doporučené postupy při diagnostice a léčbě streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu. *Moderní babičtví*. Praha, 2008, 16, s. 1. ISSN 1214- 5572.
- MORGAN a MIKKHAIL 'S. *Clinical anesthesiology: Obstetrics anesthesia*. 5. US: Lange, 2013, 853, 936 p. ISBN 978-0-07-162703-0.
- NOSKOVÁ, Pavlína a Jan BLÁHA. Postpunkční cefalea v porodnictví. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2014, 25(3), s. 194- 200. ISSN 1214- 2158.
- PAŘÍZEK, Antonín. Program Inka- Porodní analgezie "na míru". *Česká gynekologie*. 2014, 79(3), 198- 205. ISSN 1803- 6597.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Porod nemusí až tak bolet*. Dostupné z: [Http://www.porodnice.cz/files/brozura/Brozur](http://www.porodnice.cz/files/brozura/Brozur)]. První. Praha, 2013 [cit. 2016-05-09].
- PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnická analgezie a anestezie*. První. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2012 s. 142- 143, 281, 310, 294-298, ISBN 80-7169-969-1.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 1. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-726-2653-3
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. s. 54. ISBN 978- 80- 247- 3271- 8.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. s. 285. ISBN 8024735571.
- RUSOVÁ, Monika. Analgezie v porodnictví. *Sestra*. 2010, 20(7. - 8.), 49. ISSN 1210-0404.
- ROZTOČIL, A. *Kritické stavy v porodnictví: Distres plodu. ST analýza fetálního EKG plodu za porodu*. [online]. Praha, 2008 [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: [Http://www.lekari.porodnice.cz/ici_files/docs/sos/sos_distres_plodu.ppt](http://www.lekari.porodnice.cz/ici_files/docs/sos/sos_distres_plodu.ppt)
- SMILEK, Miloslav. Porodnická analgezie. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče*. Praha, 2011, 58(3), s. 12. ISSN 1212-3048.

STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. První. Praha: Grada Publishing a. s., 2015, s. 97. ISBN 978- 08- 247- 9932- 2.

ŠEVČÍK, Pavel a kolektiv. *Intenzivní medicína*. Třetí. Praha: Galén, 2014, s. 128- 130. ISBN 978- 80- 7492- 066 0.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Druhé. Praha: Triton, 2014. s. 16-17. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Třetí. Brno: NCONZO, 2013. s. 9, 167- 170. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRÁVNÍK, Pavel. Preimplantační genetická diagnostika translokací metodou array CGH. *Časopis lékařů českých*. Praha, 2013, (2), s. 101. ISSN 0008- 7335.

ZEMANOVÁ, Jitka. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. První. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012. s. 18. ISBN 978- 80-7464- 113- 8.

ZMRHALOVÁ, B a J. FEYEREISL. Intrauterinní růstová restrikce plodu. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2012, (3), s. 290. ISSN 1212-4184.

8 Přílohy

Příloha č. 1 Stupnice Apgar skóre

Příloha č. 2 Záznam hodnocení bolesti- první strana

Příloha č. 3 Záznam hodnocení bolesti- druhá strana

Příloha č. 4 Záznam o postpunkční cefaley- první strana

Příloha č. 5 Záznam o postpunkční cefaley- druhá strana

Příloha č. 1

Stupnice Apgar skóre:

Body	0	1	2
Akce srdeční	žádná	<100/min	>100/min
Dýchání	nedýchá	nepravidelné, pomalé, případně lapání po dechu	pravidelné, případně s křikem
Svalový tonus	těžká hypotonie, extenze končetin	snížený tonus, ale určitý stupeň flexe končetin přítomen	normální tonus, flexe končetin a aktivní pohyb
Barva kůže	celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová
Reakce na podráždění	žádná	chabá, grimasa	obranný pohyb, případně křik

Apgar skóre	Klinický stav
8 - 10	Normální novorozenec
7 - 4	Nutná krátkodobá lékařská pomoc
2 - 3	Nutná léčba
0 - 1	Mrtvný novorozenec

Zdroj: Apgar skóre [tabulka]. In *Lambert* [online]. [citováno 2016- 04- 23] Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/apgar-skore>

Příloha č. 2

Záznam hodnocení bolesti- první strana:

CAVE z pohledu PA:	<input type="checkbox"/> stav po operaci dělohy	<input type="checkbox"/> zánět prsu v anamnéze	<input type="checkbox"/> vpáčené bradavky
<input type="checkbox"/> riziko dekubitu	<input type="checkbox"/> stav po s.c.	<input type="checkbox"/> větší porodní poranění	<input type="checkbox"/> včetně rekta
hodnotí se pokud	<input type="checkbox"/> předchozí neúspěšné gravidity	<input type="checkbox"/> infekce (dlouhodobě kanyla, močové cesty)	
sapf. při s.c. odtoky	<input type="checkbox"/> těhotenství po IVF	<input type="checkbox"/> tromboembolie (varixy)	
na patkách DK)	<input type="checkbox"/> psychické problémy v anamnéze	<input type="checkbox"/> porod s epidurální analgezií	
	<input type="checkbox"/> riziko nutrice	<input type="checkbox"/> VVV u novorozence	
	<input type="checkbox"/> riziko pádu	<input type="checkbox"/> jiné (uveďte)	

ZÁZNAM V PRŮBĚHU SMĚNY: DENNÍ SMĚNA

KONTAKTOVAT: (vyznačte pouze pokud zjištěna potřeba či vyjádřeno přání)

☐ sociální pracovnice ☐ psycholog ☐ rodinu

☐ nutriční terapeutka ☐ pastorační péče ☐ fyzioterapeutku

Seznámen s:

☒ režimem oddělení

☐ s kódem pro návrat na oddělení

sdělený problém v průběhu směny: (pokud bolest viz poznámka)

cefalea

zjištěný problém v průběhu směny: (s ohledem ke CAVE)

cefalea - bolest hlavy

Návrh řešení: *ale vzhledem ARO/problému*

Jskutečnění řešení: *při epidurální analgezií*

zhodnocení: *chodí, není v. dítě chodí*

Záznam péče o kanylu: *uma*

Závěr pro přebírající směnu: *kontrola stavu*

ZÁZNAM V PRŮBĚHU SMĚNY: NOČNÍ SMĚNA

KONTAKTOVAT: (vyznačte pouze pokud zjištěna potřeba či vyjádřeno přání)

☐ sociální pracovnice ☐ psycholog ☐ rodinu

☐ nutriční terapeutka ☐ pastorační péče ☐ fyzioterapeutku

sdělený problém v průběhu směny: (pokud bolest viz poznámka)

cefalea

zjištěný problém v průběhu směny: (s ohledem ke CAVE)

cefalea - bolest hlavy

Návrh řešení: *ale vzhledem ARO/problému*

Jskutečnění řešení: *chodí, není v. dítě chodí*

zhodnocení: *chodí, není v. dítě chodí*

Záznam péče o kanylu: *uma*

Závěr pro přebírající směnu: *kontrola stavu*

EDUKACE V PRŮBĚHU SMĚNY:

☐ pitný režim

☐ dieta

☐ péče o vyprazdňování (konečník)

☐ péče o pokožku ☐ péče o suturu

☐ péče o prsy ☐ cvičení pánev, svalů

☐ sledování krvácení

☐ o režimu po propuštění do domácího prostředí

Edukaci porozuměla:

Záznam o předání směny: (předávající = edukující)

předala:

Záznam o převzetí směny:

převzala:

Poznámka: 1) pokud vyjádřena bolest - viz vložený dokument "Hodnocení bolesti"

Záznam hodnocení bolesti- druhá strana:

Záznam je určen pro : [redacted]

Tento dokument hodnotí bolest, která je v souvislosti s děložní činností v těhotenství a v průběhu porodu.

► děložní činnost u předčasněho porodu
► děložní činnost v průběhu 1. a 2. doby porodní

	bolest hlavy	bolest zad	bolest prsu (L,P)	bolest v podbřišku za zavínavání dělohy	bolest v podbřišku bez souvislosti s dělohou)	bolest sutury	bolest DK (L,P)	bolest HK (L,P)	bolest konečnicku	bolest jiná (uveďte)	CAVE při bolesti hlavy: kontrola TK * st.p.EDA ?
JATUM											
čas vyjádřené	A6:30										
charakter bolesti											
ikála NRS											
šim bolest											
mírněna											
kontrola za 30 minut											
ikála NRS											
kontrola za 30 minut											
ikála NRS											
JATUM											
čas vyjádřené											
charakter bolesti											
ikála NRS											
šim bolest											
mírněna											
kontrola za 30 minut											
ikála NRS											

Záznam a hodnocení provedla: [redacted]

Kontrola záznamu lékařem: [redacted]

Záznam a hodnocení provedla: [redacted]

Kontrola záznamu lékařem: [redacted]

Záznam a hodnocení provedla: [redacted]

Záznam o postpunkční cefaley- první strana:

ZÁZNAM (SUSPEKTNÍ) POSTPUNKČNÍ CEFALEY

ZÁKLADNÍ POSTUP PŘI PERFORACI:

☒ Zabránit dalšímu úniku likvoru = perforující jehlou zavést subarachnoidálně epidurální katetr a ponechat 24 hod in situ. Katetr výrazně označit jako subarachnoidálně zavedený !!!

☒ Pacientka je poučena o možném vzniku PDPH, o doporučeném postupu a o nutnosti v případě bolesti hlavy ihned informovat ošetřující personál.

☒ O perforaci je proveden záznam a je informován konziliář. Dále postupovat dle PP-KARIM-050 („POSTPUNKČNÍ CEFALEA“).

ALERGIE:

výška (cm): 173 váha (kg): 58/72

NEUROAXIÁLNÍ PUNKCE

Kdy (datum/čas): 12.05

Indikace:

☒ EDA ☐ SAB ☐ CSE ☐ katetr

Mok v jehle: ANO - NE

Mok v katetru: ANO - NE

Traumatická punkce: ANO - NE

Identifikace prostoru: 2. lumbální

Oblast: L2/L3

Hloubka: 4,5

Jehla:

Počet pokusů: 1x

SA zavedený EPID katetr: ANO - NE

Délka katetru v SA prostoru:

DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA

Příznaky:

- bolest hlavy se typicky objeví 24-96 h po punkci
- v akutní fázi: krutá, tupá, nepulzující bolest ve frontální nebo okcipitální krajině
- typické zhoršení při vertikalizaci
- může být přítomno: porucha vidění - zamřenéj/rozmažený obraz diplopie porucha sluchu (hypacusis, tinnitus) pseudomeningismus

Diferenciální diagnóza:

- vertebrogenní původ potíží
- předchozí bolesti hlavy, migréna
- meningitida
- epidurální hematoma, absces
- nitrolební krvácení

☐ bolesti hlavy v anamnéze

☐ vertebrogenní obtíže v anamnéze

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

• pokud možno klid na lůžku

Podpora tvorby likvoru:

• dostatečná hydratace, tj. zvýšení běžného denního příjmu tekutin o 1/2 !

Metylxantiny:

• Euphyllin 100 mg tbl á 6 h (event. Syntophyllin iv. kontinuální infusí)

Analgezie:

• Paralen Extra 1000 mg á 6 hod (na noc Paralen 1000 mg = bez kofeinu)

• Diclofenac supp. 50 mg á 8 hod nebo 100 mg á 12 hod

k paracetamolu lze přidat:

• ibuprofen 400 mg tbl á 5 hod

• sumatriptam (Imigran, Cinle, Sumigra, Rosemig) 50-100 mg jednorázově

Poznámka:

POUČENÍ PACIENTKY PŘED PROPUSTĚNÍM:

☐ pokračovat v dostatečné hydrataci = kontrolovat si denní příjem tekutin

☐ nezvedat v šestinedělí těžké předměty

☐ v případě dalších komplikací kontaktovat ihned naše pracoviště (konziliář AOGPK: tel. 723138532)

bez bolesti

Visual analogue scale (VAS)

4 5 6 0

ředstavitelná bolest

Záznam o postpunkční cefaley- druhá strana:

ANESTEZIOLOGICKÉ KONZILIUM:

11" Dues jii sturshii stau, dle pichkonitso
plain aphlovaia zate - pich epich. Gakht,
po 15 mi - EPID i SA Gakhty Ex. Pac. cth
ileon,
dile po fup dle stau, anal. rezavine
delt. 1. 1/2 1/2 1/2

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis